

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FILOSOFÍA

Departamento de Teoría del Conocimiento, Estética e Historia del
Pensamiento



TESIS DOCTORAL

Psicoterapia grupal operativa de orientación psicoanalítica en fibromialgia:
evaluación y factores relacionados

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

M^a Victoria de Felipe García-Bardón

Director

Alejandro Ávila Espada

Madrid, 2012

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FILOSOFÍA

Departamento de Teoría del Conocimiento, Estética e Historia del Pensamiento



TESIS DOCTORAL

**Psicoterapia grupal operativa de orientación psicoanalítica
en fibromialgia: evaluación y factores relacionados.**

M^a Victoria de Felipe García-Bardón

Director

Dr. Alejandro Ávila Espada

Madrid, 2011

A Jorge, Andrés y Patricia.

AGRADECIMIENTOS

Son muchos los ámbitos y las personas que han hecho posible este trabajo y es difícil decidir a quienes agradecer. Me voy a centrar en aquéllos que más directamente han contribuido a la realización de este proyecto, aunque no hubiera sido posible sin la presencia de otros muchos anteriores. Este agradecimiento incluye los dos registros necesarios para el aprendizaje y la investigación, el afecto y el pensamiento.

Comenzando por la Universidad, mi agradecimiento a mi director de tesis Alejandro Ávila por su confianza y a Eduardo Chamorro por su permanencia.

Del Hospital de Guadalajara, marco de esta investigación, mi agradecimiento a los jefes del Servicio de psiquiatría Lorenzo Chamorro y David Huertas, por su apoyo en el inicio y finalización de este proyecto. A Miguel Torralba por el trabajo estadístico, por compartir de manera tan generosa su conocimiento y aplicarlo a la investigación en psicología, a pesar de quedarle tan alejado de su campo de trabajo, sin su aportación no habría sido posible esta investigación. A Daniel Olivares, por su apoyo permanente y a Javier Vidal por introducirme en el “mundo” de la fibromialgia. Especialmente, mi agradecimiento a mi amiga y compañera de Interconsulta y Enlace, Belén Castel, por guiarme de manera tan sabia y paciente por el ámbito médico y hospitalario, por su ilusión y entusiasmo, por haber tenido el privilegio de compartir tantos proyectos y hacer posible la integración psicosomática, por ayudarme a conseguir algo tan valioso como es poder disfrutar del trabajo y la investigación.

A todos los Residentes de Psicología clínica de Guadalajara, por su constante trabajo y por esas ganas de aprender que motivan a continuar. Por la tranquilidad que da saber que quedamos en “buenas manos”.

A Isabel Valle, Mario Sobreviela y Rosa Castillo, psicólogos clínicos y colegas de Guadalajara, por tantos “kilómetros” compartidos de reflexiones, debates, apoyo, risas. Por su amistad, tan necesaria para realizar proyectos que suponen tanto esfuerzo.

A Violeta Suárez, Emilio Irazábal, Federico Suárez y Antonio Tarí por acogerme en su “grupo de grupos” y proporcionarme la tranquilidad necesaria que da el compartir y aprender sobre la complejidad del trabajo grupal.

A Concha Sendín por sus valiosas aportaciones en la investigación con el test de Rorschach.

A todos los pacientes de fibromialgia por haber confiado en este abordaje terapéutico, por su paciencia, por compartir sus historias, por el aprendizaje y el inmenso enriquecimiento personal y profesional.

Sobre todo, mi agradecimiento a Jorge, Andrés, Patricia y Esther, por tantas horas robadas. Su paciencia, apoyo y cariño han sido el pilar fundamental para no abandonar este proyecto.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

PARTE TEÓRICA

CAPÍTULO I. FIBROMIALGIA

1.1. Definición.....	9
1.2.- La fibromialgia desde una perspectiva biopsicosocial: implicación de factores psicológicos.....	11
1.3.- Aportaciones del psicoanálisis	16
1.4.- Tratamiento de la fibromialgia.....	21

CAPÍTULO II. EL DOLOR

2.1.- Factores psicológicos del dolor crónico.....	26
2.2.- El dolor en psicoanálisis.....	28
2.3.- Tratamiento psicológico del dolor crónico.....	32

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1.- Introducción general sobre la investigación.....	40
3.2.- Objetivos e Hipótesis.....	42
3.3.- Descripción del Programa de tratamiento	45
3.4.- Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.....	50
3.5.- Teoría de Grupo Operativo (T.G.O.).....	54
3.6.- Instrumentos de evaluación.....	58
3.7.- Características de la muestra.....	61
3.8.- Análisis de datos	63

PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO IV. DESCRIPTIVOS

4.1.- Descriptivos de muestra.....	67
4.2.- Descriptivos de instrumentos.....	78

CAPÍTULO V. RESULTADOS

5.1.- Resultados del primer trabajo.....	101
5.2.- Resultados del segundo trabajo.....	127
5.2.1.- Mejoría con asociación estadísticamente significativa	127
5.2.2.- Mejoría según criterios de severidad	130
5.2.3.- Mejoría con relevancia o significación clínica.....	131
5.2.4.-Mejoría test de Rorschach.....	137
5.2.5- Comparación grupo control.....	140
5.2.6.- Abandonos de la psicoterapia.....	142
5.2.7-Evaluación cualitativa a través de los emergentes grupales	144
5.2.8.- Evaluación a través de una encuesta de satisfacción.....	161

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

6.1.- Discusión de resultados variables sociodemográficas y clínicas.....	169
6.2.- Discusión de resultados del primer trabajo.....	170
6.3.- Discusión de resultados del segundo trabajo.....	188

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

7.1.- Conclusiones del primer trabajo.....	215
7.2.- Conclusiones del segundo trabajo	217

CAPÍTULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Referencias Bibliográficas.....	222
---------------------------------	-----

CAPÍTULO IX. ANEXOS.

Anexos	236
--------------	-----

1.- INTRODUCCIÓN.

La fibromialgia (FM) es un síndrome de diagnóstico muy reciente que está sujeto a una fuerte discusión y controversia. Su etiología no está clara, aunque cada vez está más aceptada la influencia de diferentes ámbitos (biológico, psicológico y social) en su desencadenamiento, perpetuación e intensidad y tiene una repercusión tan enorme que se considera un problema de salud pública. En la actualidad, la eficacia de los tratamientos es limitada y se defiende la importancia de tratamientos multidisciplinarios, en los que el tratamiento psicológico va adquiriendo cada vez mayor relevancia unido al físico, rehabilitador y social.

La FM está contemplada como un trastorno reumatológico de tejidos blandos por lo que, en la mayoría de los casos, el especialista que atiende a estos pacientes es el reumatólogo, aunque se reconoce la necesidad de tratar los trastornos psicológicos implicados, tanto por su elevada frecuencia como por las repercusiones en el sujeto.

Castellanos (2008) señala que “es fundamental un trabajo de articulación y colaboración del psicoanálisis y la medicina (...) el médico debe tomarse un tiempo para ubicar las coordenadas de la vida en que se ha ido produciendo la aparición del dolor” (pp. 116-117). Esta propuesta no es una tarea fácil, sólo tenemos que pensar en la población atendida en las consultas de reumatología (entre 20 y 30 pacientes por día) por lo que es importante articular diferentes maneras de incluir esa escucha, siendo una de ellas la adecuada derivación al psicólogo.

De hecho, la presente investigación surge a raíz de la coordinación entre dos Servicios del Hospital Universitario de Guadalajara (psiquiatría y reumatología) al implementarse un programa de enlace para atender los aspectos psicológicos y psiquiátricos de pacientes con FM que son atendidos en reumatología y tener que diseñar el tipo de intervención psicológica adecuada. Al detectar elevados niveles de psicopatología, Acontecimientos Vitales Estresantes en muchos de los pacientes con este diagnóstico, historias de sufrimiento y malestar

psicológico que complican la evolución, algunos reumatólogos del Hospital consideraron beneficioso que se incluyera de manera sistemática en la atención de estos pacientes un abordaje psicológico y psiquiátrico. Dicha consideración fue posible porque en ese momento se impulsó, desde el Servicio de psiquiatría, la Interconsulta y Enlace Hospitalaria con la dedicación de una psiquiatra y una psicóloga clínica (la autora de este trabajo) a la misma y la creación de nuevos programas de Enlace con otras especialidades del Hospital.

Cuando comenzamos a elaborar y diseñar dicho programa, en el año 2003, nos encontramos con que la mayoría (por no decir la totalidad) de los tratamientos psicológicos que se realizaban en el ámbito de la Reumatología y, por lo tanto, las publicaciones y referencias bibliográficas al respecto, eran de orientación cognitivo conductual. Estos tratamientos cognitivo conductuales se dirigen fundamentalmente a conseguir la aceptación de la enfermedad, mejorar la capacidad de afrontamiento e insisten en la necesidad de que el sujeto tenga un papel activo en su mejoría.

Las aportaciones desde la teoría cognitivo conductual para el tratamiento psicológico de los pacientes con FM son valiosas pero, desde nuestra orientación psicoanalítica, consideramos fundamental incluir en dicho tratamiento la expresión del dolor emocional y la resolución de conflictos o la elaboración de duelos. Reconocemos la importancia y validez de algunas técnicas cognitivas para el manejo del dolor (es insoportable estar todo el día con dolor! pero, desde nuestra experiencia clínica, en muchos casos se muestran insuficientes si no se integran con otras técnicas derivadas del psicoanálisis, que permitan escuchar el dolor emocional y los conflictos no elaborados y que se expresan a través del cuerpo.

Por otra parte, en los dispositivos públicos de salud cada vez es más habitual atender la patología a través de procesos, protocolos y guías de práctica clínica lo que significa que para incluir un tipo de tratamiento (en este caso psicológico) ha tenido que ser demostrada su eficacia según los criterios de evidencia científica, es decir, que se hayan realizado investigaciones y publicación de acuerdo a ciertos requisitos. A este respecto, Fonagy, Anthony

y Higgitt (2005) alertan de que el enfoque psicodinámico puede ser marginado, no por su relativa falta de efectividad, sino por la escasez de demostraciones convincentes de su posibilidad de comparación con alternativas con “apoyo empírico”.

Escuchar a tantos pacientes con FM fue impactante. Su enorme sufrimiento, la repercusión devastadora de la enfermedad en todas las áreas de su vida, las pérdidas emocionales, físicas, sociales y relacionales que conlleva y el peregrinar de especialista en especialista sin clara mejoría después de los diferentes tratamientos. Además, en el diseño de la intervención teníamos que contemplar la coordinación con los reumatólogos ya que dicha coordinación es uno de los objetivos de los programas de Enlace y facilita el abordaje interdisciplinar. También queríamos incluir e integrar el tratamiento psicoanalítico en la atención de dichos pacientes en el contexto en el que estábamos, es decir, atender a un elevado número de población en un tiempo limitado.

De la confluencia de estos factores surgió la presente investigación. ¿Por qué? por una parte porque constituía un lenguaje común en el que nos podíamos entender con los otros especialistas, también porque queríamos “demostrar” según ciertos criterios de evidencia científica que los tratamientos psicoanalíticos son eficaces y, además, porque resultaba el medio ideal para investigar sobre encuadres en los que los presupuestos psicoanalíticos se pudieran integrar en la asistencia pública de salud, atendiendo a un número elevado de pacientes.

Es una investigación que pretende incluir criterios exigidos para demostrar con evidencia empírica la efectividad de un tratamiento psicoanalítico, por lo que se utiliza metodología cuantitativa y se seleccionan grupos control para comprobar que los hallazgos no son debidos al azar. Por otra parte, se evalúan los resultados de la psicoterapia siguiendo indicadores utilizados en investigaciones diferentes a la psicoanalítica, de acuerdo a síntomas que se registran con cuestionarios autoaplicados y valorando aspectos de la mejoría que no son los habitualmente utilizados en psicoanálisis.

Nos vamos a encontrar con limitaciones derivadas de la propia metodología y que pueden invalidarla desde un análisis riguroso de evidencia científica, también vamos a perder la riqueza de la investigación cualitativa, o el análisis del caso único utilizada en psicoanálisis y sus aportaciones respecto a la subjetividad. Pero, a pesar de ello, consideramos como aportación valiosa poder demostrar, según criterios de evidencia científica, la efectividad de un tratamiento psicoanalítico para atender una de las patologías más frecuentes y con más dificultades en su tratamiento en un dispositivo público de salud.

Quiero agradecer a este tipo de investigación cuantitativa y estadística y a los profesionales que la han dirigido todo lo que me ha enseñado sobre los pacientes y cómo poder mejorar su atención. El análisis de datos te enfrenta y cuestiona algunas ideas preconcebidas que son erróneas y que, de alguna manera, dirigen algunos aspectos de la intervención psicoterapéutica. Además permite “defender con más seguridad” en ciertos medios el tipo de psicoterapia realizado. Por último me ha permitido investigar con diferentes encuadres y saber que son eficaces, que se pueden adaptar a la demanda y modificar después de una evaluación en la que se detecten los aspectos que se deben mantener y los que es conveniente modificar. De hecho, el encuadre psicoterapéutico que realizamos en la actualidad no es exactamente el mismo que se evalúa en este trabajo, una vez analizados los resultados. Paradójicamente a lo que pensaba antes de realizar este trabajo ¡la investigación cuantitativa y el análisis estadístico de los datos me ha aportado cierta flexibilidad y apertura como terapeuta!.

Por otra parte y, además del análisis cuantitativo, se ha incluido el test de Rorschach, un análisis de los emergentes grupales y los resultados de una encuesta de satisfacción que se les administra a los pacientes después de la psicoterapia.

Para finalizar, quiero señalar algunas características de esta investigación:

- Está integrada en la asistencia: surge de la necesidad de coordinar diferentes especialidades en la comprensión y tratamiento de una patología.
- Participan diferentes servicios y profesionales.

- Se utilizan dos modelos de investigación: cuantitativo y cualitativo.
- Se aplican Instrumentos de evaluación: cuestionarios y tests.
- El análisis de los datos se realiza con el paquete estadístico SPSS 15.0.
- Está integrada en la docencia ya que los Residentes de Psicología Clínica participan de manera activa en la misma.

La investigación está dividida en dos partes, una teórica y otra empírica. La parte empírica, a su vez, la dividimos en dos trabajos. En el primero se va a estudiar la implicación de variables psicológicas y psicodinámicas en la muestra de pacientes con FM ya que dicha implicación también justificaría la pertinencia de intervenciones psicológicas y psicoanalíticas en fibromialgia. Y el segundo trabajo se refiere más específicamente a la evaluación de una intervención psicoterapéutica grupal breve de orientación psicoanalítica y coordinada con Técnica de Grupo Operativo.

El Capítulo I se dedica a definir qué es la fibromialgia, explicándola desde una perspectiva biopsicosocial y haciendo especial mención a los aspectos psicológicos implicados. Se revisan las aportaciones del psicoanálisis en la comprensión de este Síndrome y este capítulo finaliza con una revisión acerca del tratamiento.

El capítulo II se centra en el dolor, síntoma central de la fibromialgia. Se revisa la implicación de factores psicológicos, las aportaciones del psicoanálisis en la comprensión del dolor y termina con algunas consideraciones acerca del tratamiento psicológico del dolor crónico.

El capítulo III se dedica a describir la metodología utilizada. Se hace una introducción sobre la investigación, se describen las hipótesis y objetivos y el tipo de intervención psicoterapéutica que se va a evaluar. En este capítulo también se definen los instrumentos de evaluación que se van a utilizar, las características de la muestra y el trabajo estadístico. Se describe la metodología de manera pormenorizada para que pueda ser replicado este estudio.

El capítulo IV se dedica a la exposición de los descriptivos, es decir, de los datos encontrados en la muestra de nuestro estudio en cuanto a variables sociodemográficas y clínicas y a los obtenidos de la aplicación de instrumentos que valoran la psicopatología y calidad de vida.

El capítulo V se dedica a exponer los resultados. Hemos dividido esta investigación en dos trabajos que están interrelacionados. El primero se refiere al estudio de los factores psicológicos implicados en FM, para lo que hemos analizado la presencia de variables psicosociales en estos pacientes comparándolos con un grupo control de sujetos sanos, la presencia de síntomas psicológicos como ansiedad y depresión, características de personalidad y el impacto de dichos factores en la sintomatología actual y en la calidad de vida. El segundo trabajo se dirige a la evaluación de la psicoterapia psicoanalítica utilizada.

El capítulo VI se dedica a la discusión de los resultados de los dos trabajos, el primero acerca de la implicación de factores psicológicos en fibromialgia y el segundo sobre la efectividad de una intervención de psicoterapia grupal de orientación psicoanalítica en fibromialgia.

El capítulo VII se dedica a las conclusiones.

En el capítulo VIII se recogen las referencias bibliográficas.

En el capítulo IX se incluyen los Anexos.

PARTE TEÓRICA

CAPÍTULO I

FIBROMIALGIA

La fibromialgia es la consecuencia de mi vida. B.J.

1.1.- Definición de la fibromialgia.

La fibromialgia (FM) es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado que el paciente localiza en el aparato locomotor. Además del dolor se encuentran otros síntomas, como fatiga intensa, alteraciones del sueño, depresión y ansiedad entre las manifestaciones clínicas más comunes (Documento de la Sociedad Española de Reumatología). El dolor y la fatiga centran la vida del paciente (Wolfe, Hawley y Wilson, 1996).

En 1990 se publicó, bajo la dirección del American College of Rheumatologist (ACR), un gran ensayo clínico multicéntrico que estableció los criterios diagnósticos de fibromialgia. El diagnóstico es exclusivamente clínico y está basado en la presencia de dolor osteomuscular crónico y generalizado junto con los otros síntomas descritos previamente. Además debe producirse dolor a la palpación de al menos 11 de los 18 puntos posibles.

Los criterios del ACR han tenido la importante función de dotar a la fibromialgia de una identidad nosológica propia y han permitido el desarrollo de una investigación fiable y creciente, reconociendo la fibromialgia como una entidad legítima y concreta dentro del ámbito de la medicina. Sin embargo, dichos criterios fueron elaborados con el fin de desarrollar una investigación que permitiera el uso de una metodología ortodoxa y estandarizada, pero presentan limitaciones importantes en su utilidad clínica. Así, por ejemplo, el ACR, basándose en la recopilación de una extensa experiencia clínica, diagnóstica y terapéutica afirmó que, para propósitos clínicos, es importante incluir en el diagnóstico del paciente, además del dolor musculoesquelético, otras variables como la disfunción psicológica, que también son partes intrínsecas de esta enfermedad (Alegre de Miquel et al., 2010). De hecho el American College of Rheumatology (2010) acaba de publicar un documento en el que se revisan dichos criterios diagnósticos y los actuales no requieren un examen de puntos sensibles y además proporcionan una escala de gravedad para los síntomas característicos de FM.

La FM se considera un problema de salud pública por la alta prevalencia (en nuestro país: 2,4%, que supone 700.000 personas mayores de 20 años; con una relación mujer/varón: 21/1), alta morbilidad, alto índice de frecuentación y elevado consumo de recursos sanitarios (Estudio EPISER, 2001; Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, 2001). Es uno de los síndromes más representativos del dolor crónico no oncológico en la población (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004). En 1992 la OMS reconoce la FM como enfermedad reumática. (Anónimo 1992).

La evolución de estos pacientes es compleja y variable y, en algunos casos, el dolor generalizado puede llegar a ser invalidante. En general, los hallazgos indican que una vez que la enfermedad se establece los pacientes continúan sintomáticos y no mejoran durante largos períodos de tiempo. Además, la alteración funcional empeora lentamente y afecta a las esferas biológica, psicológica y social del paciente. De hecho, es una de las enfermedades reumáticas que tiene más impacto en la calidad de vida, situación familiar, discapacidad laboral y coste sociosanitario.

Algunas características de la FM, que hacen más compleja su comprensión y tratamiento son: el diagnóstico reciente; es un diagnóstico basado en exploración clínica; no existe lesión estructural; existen distintas hipótesis etiológicas; multiplicidad de factores que influyen en su aparición y evolución; prolongada latencia entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico; largo peregrinar a diferentes especialistas; provoca rechazo; los tratamientos farmacológicos han mostrado una escasa eficacia; no se reconocen socialmente las dificultades que ocasiona y la rigidez legislativa, porque no admite modificaciones del ritmo laboral, adaptándose a la sintomatología del enfermo (de Felipe y Castel, 2009).

Todo ello puede originar ciertos sentimientos de frustración, tanto para el paciente como para el médico. Estos sentimientos pueden constituir un obstáculo para establecer una buena alianza terapéutica, necesaria para un buen abordaje con estos pacientes.

1.2.- La fibromialgia desde una perspectiva biopsicosocial: implicación de factores psicológicos.

En la actualidad no se conoce la etiología ni los mecanismos patogénicos precisos que actúan en la FM y las diversas hipótesis que se han propuesto no han aportado resultados concluyentes. Se proponen teorías explicativas biológicas que son insuficientes, pero cuando se analiza la influencia de los factores psicológicos tampoco hay evidencia de si éstos son causa o consecuencia y numerosas investigaciones insisten en la influencia de los aspectos sociales. Ninguno de los tres ámbitos puede explicar, independientemente, el origen de este síndrome. En base a todo esto podemos justificar que la fibromialgia es el resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que hemos de entenderla desde una perspectiva biopsicosocial. López Espino y Mingote Adán (2008) refieren que la fibromialgia se ajusta al modelo biopsicosocial de enfermedad crónica de Engel.

Debido a que la presente investigación tiene como objeto estudiar la influencia de los factores psicológicos en fibromialgia y la necesidad de un tratamiento psicoterapéutico para su abordaje, vamos a justificar, desde la evidencia científica, la implicación de dichos factores psicológicos para lo que revisaremos el estado actual de la cuestión. En esta revisión consideramos necesario mencionar los avances biológicos, también con la finalidad de justificar la influencia de los factores psicológicos.

Desde los hallazgos biológicos, son relevantes las investigaciones a través de mediciones neurofisiológicas o por neuroimagen. Collado y Conesa (2009) refieren que dichas investigaciones determinan que:

El mecanismo principal de la FM es la sensibilización central del sistema nociceptivo, tanto de sus áreas emocionales como sensoriales. La sensibilización es un mecanismo que el sistema nociceptivo emplea en la protección y curación de las heridas y también se desarrolla en el reconocimiento de aquellos estímulos que por su intensidad no son

amenazantes, pero sí por su frecuencia o duración. La sensibilización central puede ser iniciada por muy diferentes estímulos, pero está asociada a un cambio transcripcional a nivel celular, que implica una alteración persistente no funcional y, por tanto, asociada a un cambio bioquímico y molecular en los mecanismos de neurotransmisión que nuestro sistema nociceptivo utiliza. La medición de los cambios moleculares producidos en la vecindad del sistema nervioso en los pacientes con FM ha demostrado concentraciones elevadas de sustancia P en el líquido cefalorraquídeo, factor de crecimiento neuronal y más recientemente glutamato, sustancias que participan en el proceso de excitación y sensibilización del sistema (p.28).

Estudios de resonancia magnética funcional brindan evidencia de que los pacientes con fibromialgia tienen alteraciones en el procesamiento del dolor central. Además hay evidencia de alteraciones específicas en la estructura del sueño, consistentes en la intrusión de ondas alfa en el sueño de predominio de ondas delta y que producen efectos muy nocivos.

Aunque hay datos suficientes que confirman la presencia de alteraciones de mecanismos de transmisión y control de los estímulos dolorosos por parte del sistema nervioso central y se detecta la presencia de alteraciones específicas en la estructura del sueño, no se encuentran datos concluyentes sobre la causalidad biológica en FM. Esta afirmación justifica la implicación de los aspectos psicológicos en el síndrome fibromiálgico, máxime si tenemos en cuenta que los métodos de diagnóstico complementarios - radiología, resonancia, pruebas de laboratorio - arrojan resultados negativos o irrelevantes y no se observa ningún tipo de lesión orgánica que pueda justificar la sintomatología. Por otra parte, se ha demostrado que entre los estímulos que inician alteraciones en el procesamiento del dolor central se pueden encontrar situaciones de estrés, incluyendo el estrés emocional.

En estos momentos, tienen gran relevancia las investigaciones dirigidas al estudio de la FM como un síndrome relacionado con el estrés, convirtiéndose la alta susceptibilidad a

experimentarlo en el aspecto fisiológico y psicológico de mayor interés en los últimos años (Merayo, Cano, Rodriguez, Ariza y Navarro, 2007). Los datos sugieren que hay una tendencia familiar a desarrollar estos desórdenes y la exposición a estresores físicos, emocionales o ambientales puede desencadenar el inicio de los síntomas. Una vez que la enfermedad se desarrolla, la mayoría de los síntomas son probablemente mediatizados por mecanismos del Sistema Nervioso Central. Recientemente se han dado pasos importantes en la investigación psicofisiológica que sugieren que la anormalidad en la FM puede deberse a una respuesta al estrés, hallando evidencia de cambios estructurales y funcionales en el cerebro producidos por el estrés psicológico (Van der Hart, Czéh, de Biurrun y Michaelis, 2002; Sandi, 2004).

Por otra parte, la presencia de estresores vitales tempranos puede modificar permanentemente el sistema adreno-hipotalámico-pituitario y la respuesta a los estímulos estresantes (Bronson, Avishai-Eliner, Hatalaski y Baram, 2001). Además, observaciones recientes relacionan una reactividad excesiva y prolongada de dicho sistema de respuesta al estrés con una capacidad colaboradora mermada en el diálogo entre los padres y el niño (Lyons- Ruth, 2000). Estos hallazgos también apoyan la implicación de los aspectos psicológicos en FM.

En este sentido y teniendo en cuenta la implicación que las experiencias vividas en la infancia tiene en la estructuración psíquica del sujeto, no podemos perder de vista que numerosas investigaciones señalan la presencia de situaciones adversas en la infancia en pacientes con FM. En general, son personas que han tenido más trastornos emocionales, un repertorio más escaso de estrategias para afrontar el dolor, una red de relaciones sociales mucho más escasa, y vínculos sociales mucho más negativos que el resto de la gente (Nicasio, 2001). Los clínicos también reconocen una asociación entre el inicio de la FM y estresores psicológicos crónicos (Bennett, 2004).

Otro dato importante que apoyaría la implicación de factores psicológicos en FM es la presencia de niveles de psicopatología elevados. Martínez, González y Crespo (2003) refieren

que alrededor del 50% de los pacientes sufren depresión y algunos autores hablan de hasta un 47% de pacientes con FM que padecen algún trastorno de ansiedad. A pesar de que en muchos casos la presencia de psicopatología puede ser consecuencia de la FM, este dato indica que los factores psicológicos han de ser tenidos en cuenta. Es interesante señalar que la psicopatología se puede correlacionar con la duración de la enfermedad y la intensidad del dolor.

Por último, señalar que en nuestra experiencia clínica hemos observado un impacto muy negativo de la FM en las relaciones interpersonales. Hemos detectado que la mayoría de los pacientes tienden a aislarse, disminuyendo de manera significativa el contacto con los demás.

Como conclusión, justificamos la implicación de aspectos psicológicos en fibromialgia en varios hechos: no se encuentra lesión estructural ni causa biológica, la presencia tan elevada de experiencias adversas en la infancia con la repercusión psicológica que eso supone, la asociación de la FM con Acontecimientos Estresantes y los efectos de los mismos a nivel físico y, por último, la elevada prevalencia de psicopatología.

Una vez que hemos justificado, en base a la evidencia científica, la presencia e influencia de los factores psicológicos en FM, volvamos a su comprensión desde una perspectiva biopsicosocial, destacando lo que Eich, Hartmann, Müller y Fischer ya señalaban en el año 2000 y es que la FM no sólo se asocia a un número de factores neurofisiológicos y neuroendocrinos, sino que también se asocia con un número de síntomas psicósomáticos que pueden ser explicados por teorías psicológicas, asumiendo que la etiología y el curso de la FM no pueden ser explicados solamente por un factor (psicológico o fisiológico).

Eich et al. (2000), indican que los factores psicológicos no quedan restringidos sólo a un período en el desarrollo de la FM y pueden ser relevantes en niveles etiológicos diferentes, clasificando el papel de los factores psicológicos en:

- Factores predisponentes como condiciones familiares desfavorables en infancia y experiencias adversas en infancia.

- Factores desencadenantes (aquellos que preceden al dolor). En muchos casos estos son eventos claramente definidos en tiempo y situación por ejemplo la pérdida de relaciones significativas, cambios decisivos en las condiciones de vida o enfermedades físicas severas. Los factores desencadenantes a menudo son descritos como crisis vitales o Acontecimiento Vitales Estresantes (AVE) críticos. En la mayoría de los casos, los pacientes con FM, describen AVE no aislados o periodos de larga evolución con estrés físico o psicológico (mucho tiempo con estresores; por ejemplo situaciones laborales desagradables, enfermedad de un miembro de la familia, conflictos maritales).

- Factores estabilizantes o factores perpetuantes-cronificantes, aquellos factores que pueden ser responsables de mantener un factor físico o psicológico una vez iniciado y pueden llevar a un estado crónico de enfermedad por aumento de frecuencia o intensidad de síntomas; por ejemplo, para los pacientes con FM se ha demostrado que una focalización excesiva en el cuerpo se correlaciona con una propiocepción desfavorable, la cual se puede interpretar como un factor cronificante, otra condición estabilizadora que ha mostrado ser relevante en un amplio rango de enfermedades es la comorbilidad con ansiedad-depresión.

Para terminar este apartado en el que defendemos la FM desde la perspectiva biopsicosocial, queremos traer las palabras de Windfield (2001) quien señalaba que muchos de los elementos clave que contribuyen al dolor y la fatiga en la FM son conocidos: por una parte, variables biológicas (sexo femenino, sueño escaso, desregulación de los mecanismos regulatorios del dolor central y del sistema de respuesta al estrés); por otra parte variables psicológicas (creencias y atribuciones sobre el dolor; autoeficacia en el control del dolor, depresión y ansiedad, desórdenes de personalidad y comportamiento en el dolor) y finalmente variables socioambientales y socioculturales, especialmente abusos durante la infancia recurrentes en la edad adulta.

1.3.- Aportaciones del psicoanálisis en la comprensión de la FM.

Cada vez es mayor el número de publicaciones que demuestran y defienden la necesidad de contemplar los aspectos psicológicos en FM, tanto en su comprensión como en su tratamiento. Existen diferentes líneas de investigación por lo que es difícil la integración de los resultados ya que corresponden a distintas orientaciones teóricas. En este apartado vamos a revisar algunas aportaciones que la teoría psicoanalítica hace al respecto.

Es frecuente encontrar en la literatura científica referencias al elevado número de pacientes con FM que han tenido experiencias adversas en la infancia, situaciones de malos tratos infantiles, acontecimientos vitales estresantes (AVE) en la edad adulta y previos a la aparición de los síntomas. Desde la teoría psicoanalítica hablaríamos de trauma en lugar de estrés, como señala López Peñalver (1993) “no sólo el trauma se refiere a la confluencia en un momento determinado de una realidad externa con una realidad interna (...) sino que la importancia del traumatismo vendría dada por el modo de reaccionar del aparato psíquico” (pp. 71-72)

Hemos de tener en cuenta que esta capacidad de reaccionar del aparato psíquico depende de las experiencias del sujeto, la calidad de sus vínculos y la presencia de un medio facilitador para que el niño desarrolle dichas capacidades. Teniendo en cuenta las aportaciones del psicoanálisis podemos pensar que todas las situaciones adversas infantiles referidas por las investigaciones, en las que se describen experiencias de malos tratos y carencias afectivas en la infancia, han influido para que el sujeto no disponga de los recursos psicológicos suficientes para enfrentarse en la edad adulta a los acontecimientos estresantes de manera adaptativa.

En muchas investigaciones se menciona la existencia de un traumatismo físico en fechas previas a la aparición de los síntomas y, en la línea de lo anteriormente expuesto, Muro (2007) observa ciertas deficiencias en la capacidad de elaboración mental que, unidas a la intensidad del traumatismo, hacen que el aparato psíquico se vea desbordado lo que podría llevar a la

desorganización psicosomática, pero en lugar de la desorganización, lo que aparece es el dolor de la fibromialgia.

Castellanos (2008), al respecto, señala que:

En los historiales clínicos se puede constatar que casi siempre hay algo en la vida del sujeto que tuvo un carácter traumático y provocó una ruptura libidinal que no pudo ser asimilada. Entonces el cuerpo actúa en cortocircuito soportando el síntoma del dolor que no ha sido tramitado por la vía simbólica, de los afectos, de la angustia o del sufrimiento humano (p. 116).

Los diferentes autores observan la confluencia entre un hecho traumático y la dificultad de elaboración psíquica, pero la importancia del psicoanálisis estriba en que, además de dar sentido a lo que está pasando, ofrece una terapéutica para resolverlo.

En nuestra experiencia clínica también detectamos, en muchos casos, situaciones adversas o “traumas psíquicos” previas a la aparición del cuadro sintomático. Incluso observamos, en numerosas ocasiones, como un trauma físico puede devenir en psíquico dependiendo de las repercusiones emocionales y sociales y, también, que diferentes situaciones estresantes pueden devenir traumáticas dependiendo de la capacidad de elaboración del sujeto.

Siguiendo en la línea de lo traumático, es interesante mencionar que en muchos de nuestros sujetos la FM aparece después de una intervención quirúrgica o accidente laboral o de tráfico que ha supuesto una conmoción corporal importante, y en muchos casos después de llevar años con otras patologías reumáticas que tienen como síntoma principal el dolor crónico. En este sentido, Freud decía que el dolor crónico puede actuar a modo de trauma y Nasio (1999) señalaba, en relación al dolor ocasionado por una conmoción o accidente que:

En caso de accidente muy grave, el yo ya no está dissociado del cuerpo, al que ya no percibe como un envoltorio periférico protector. En semejantes

momentos, ya no hay lesión corporal pues es todo el ser lo que se quiebra (p. 85).

Podemos pensar que, en estos casos, ese dolor constante o conmoción corporal puede actuar a modo de trauma.

La ansiedad es otro de los síntomas más descritos en estos pacientes, incluso se informa de elevadas tasas de trastornos de ansiedad. Desde la teoría psicoanalítica algunos autores como Muro (2007) relacionan este estado de angustia difícil de precisar en la que se encuentran algunas pacientes con fibromialgia con las “angustias difusas” descritas por Marty, en estos casos, la angustia no es una señal de alarma, sino que es una alarma permanente y muestra el desamparo del individuo, la escasez de sus recursos defensivos y su falta de organización. El paciente no puede dominar la excitación porque no puede elaborarla, originándose un vacío de representación que no permite ninguna otra forma de expresión. El modelo de estas angustias difusas - dice Marty - es el desamparo que experimenta el niño por la pérdida de la madre, siendo fundamentales las primeras experiencias infantiles en la adquisición de la capacidad de representación y jugando el rol materno un papel central. Recordemos las experiencias adversas y carenciales en la infancia de estos pacientes.

Continuando con otras aportaciones del psicoanálisis en la comprensión de estos pacientes Muro (2007) señala que:

Muchas veces, las pacientes parecen apegadas a su dolor de una manera muy especial, como si no quisieran perderlo, aludiendo el autor la idea de masoquismo y recuerda que (...) el masoquismo erótico – la capacidad de transformar el dolor en algo placentero- está en mayor o menor medida, en todos nosotros y nos ayuda a afrontar todas aquellas situaciones de la vida que comporten algún grado de disgusto, esfuerzo, frustración o dolor (pp. 115-116).

El autor observa que algunas pacientes con fibromialgia son muy sacrificadas y da la impresión de que la satisfacción consigo mismas estuviera en relación con el sacrificio y el sufrimiento, es como si su masoquismo erótico estuviera muy desarrollado y que esa disposición masoquista de base les ha ayudado a alcanzar determinados logros.

Hay autores que relacionan la FM con una estructura o características de personalidad que se corresponden con la histeria (Barrera Villalpando, Cortés Sotres, Guerrero Manning, y Aguirre González, 2005; Vilá, 2006). En otras ocasiones con características de personalidad obsesiva (Casanueva, 2007). También hay autores que defienden que los pacientes con FM corresponden a una estructura o características psicossomáticas y, desde una posición psicossomática de orientación psicoanalítica, se definen ciertos rasgos psicológicos en estos pacientes como son la dificultad de introspección y alexitimia (Ruiz, Martínez, y Jerí, 2004).

En la línea de características psicossomáticas, Muro (2007) dice:

Vemos que estas pacientes están rozando situaciones muy graves, sin caer en ellas, por ejemplo, tienen defectos en la capacidad de elaboración mental, pero no hacen una desorganización psicossomática; presentan angustias difusas, pero no llegan a caer en una depresión esencial; muestran un rechazo consciente a pensar, a recordar o asociar, pero son capaces de soñar y de recordar los sueños en el tratamiento... están en el límite (p. 121).

El autor considera que, atendiendo a la clasificación psicossomática de P. Marty, la estructura mental de estas pacientes se encuentra entre las “neurosis de carácter de mentalización incierta”, en las que se sospechan fallos en la mentalización, y las “neurosis de carácter mal mentalizadas” en las que los fallos de mentalización están comprobados.

Jiménez, Díaz y Valladares (2008) se preguntan si:

La fibromialgia (al igual que otras expresiones sintomáticas que sitúan al cuerpo en primer plano y que han proliferado en la sociedad actual, como la anorexia, bulimia y toxicomanías) puede ser una expresión contemporánea del rechazo al cuerpo de la histeria clásica, es decir, mantienen una naturaleza simbólica, o si estaría más cerca del fenómeno psicósomático, donde lo real de la somatización no admite interpretación simbólica (p. 124).

Castellanos (2008) defiende la hipótesis de la fibromialgia como un fenómeno transclínico, considera la fibromialgia como un padecimiento complejo, considerando el síntoma del dolor como acontecimiento del cuerpo, pero “embrollado”, con el fenómeno psicósomático y con fenómenos del cuerpo característicos de la estructura de la psicosis. Rojas (2009) considera que los síntomas de la FM pueden estar en relación a la histeria, la neurosis de angustia o la neurastenia, probablemente una neurosis mixta en la mayoría de los casos.

Por su parte, Fernández Gil y Fernández Lobillo (2009) encuentran tal complejidad sintomática en la FM que difícilmente concuerda con una conversión clásica ni con una paciente psicósomática, consideran que es una patología Límite, pues no son propiamente conversiones ni cuadros puros psicósomáticos

Otros autores, Pérez, Ortiz, de Felipe, Sigüero y García. (2008) han verificado la existencia de diferentes modalidades clínicas en FM: “con trastornos depresivos (con proceso de duelo por “pérdida afectiva de objeto”; con proceso de duelo narcisista, por daño grave en la autoestima); con trastorno adaptativo (con depresión; con procesos regresivos) y con trastornos conversivos (síntomas disociativos funcionales)” (pp. 50-51).

Podemos pensar, por lo tanto, que no todos los pacientes con FM tienen la misma estructura de personalidad. La presencia de subgrupos en fibromialgia es defendida por la mayoría de los

clínicos que trabajan con estos pacientes. Muchos de estos estudios diferencian los subgrupos en base a la afectación de la calidad de vida y a la presencia de factores emocionales pero, desde la perspectiva psicoanalítica, también podríamos hablar de subgrupos en base a las diferentes estructuras psíquicas de los pacientes. Aunque también nos podemos encontrar síntomas que corresponden a una conversión y síntomas que corresponden a un fenómeno psicósomático en el mismo sujeto, si pensamos en la fibromialgia como una patología Límite.

Por último señalar que hay autores que insisten en la influencia del aspecto social en estos pacientes. Fernández Gil y Fernández Lobillo (2009) apuntan que todas tienen que ver con el sistema social, añadiendo que lo Social está cambiando y que el drama histórico, por ejemplo, se juega con escenas nuevas, sostienen que la integración psicológica es diferente por lo que el ser humano tiene que dar una respuesta diferente.

En todas las investigaciones se aprecia la importancia de los factores psicológicos pero la cuestión que se debate es su implicación en la etiología de este trastorno. Teniendo en cuenta la importancia de este hecho en la comprensión y tratamiento de la FM es fundamental seguir investigando para entender mejor esta cuestión.

1.4.- Tratamiento de la fibromialgia.

Como consecuencia del grado de desarrollo científico actual sobre FM, hasta la fecha no existe conocimiento de tratamiento curativo para esta alteración (Rivera, Alegre, Nishishinya y Pereda, 2006; Merayo, Cano, Rodriguez, Ariza y Navarro, 2007). En general, los hallazgos indican que, una vez que la enfermedad se establece, los pacientes continúan sintomáticos y no mejoran durante largos períodos de tiempo (Alegre de Miquel et al., 2010).

No hay respuestas claras acerca de la causalidad en FM y tampoco un tratamiento efectivo. Hay pocas evidencias acerca del beneficio terapéutico que aportan los diferentes tratamientos farmacológicos conocidos. Posiblemente, el tratamiento de la FM implica a múltiples

profesionales, dado que afecta al individuo en el área física y psicológica, provocando gran número de dificultades para la vida diaria. Se podría considerar como un trastorno multiorgánico que afecta a múltiples sistemas que velan por la homeostasis corporal (Jiménez, Díaz y Valladares, 2008), en ese sentido, crece el número de reumatólogos que no la consideran una enfermedad estrictamente reumatológica. La FM es, por lo tanto, un trastorno multidimensional que requiere varias modalidades de tratamiento (Thieme, Turk y Flor, 2004).

Por otra parte, cada vez se cuestiona más enfocar la enfermedad como una entidad uniforme. Una aproximación más realista al tratamiento de estos pacientes, que fuera útil para los clínicos, debería enfocarlo desde el punto de vista de las distintas especialidades involucradas en su diagnóstico diferencial y tratamiento, y a su vez tener en cuenta las posibles tipologías que presentan los pacientes y que permiten diferenciarlos entre sí ya que la FM aparece como un diagnóstico heterogéneo formado por subgrupos de pacientes (Thieme et al., 2004).

También hay consenso sobre la necesidad de evaluar no sólo las variables físicas acostumbradas, sino además determinados aspectos psicológicos que son claves para la evolución de la enfermedad, para poder clasificar adecuadamente a los pacientes y manejarlos de la mejor forma posible. Los factores psicológicos, por lo tanto, han de ser tenidos en cuenta en la evaluación y en el tratamiento, no obstante y según sea la orientación teórica del profesional que valore la esfera psicológica, se centrará en unos aspectos u otros, pero no cabe duda de que el hecho de incluir los aspectos psicológicos implica un avance importante en el tratamiento.

Como ejemplos, en un Documento de Consenso Interdisciplinar para el Tratamiento de la Fibromialgia (Alegre de Miquel et al., 2010) se agrupa a los pacientes en tres grupos distintos, en función de su valoración según la hiperalgesia, la depresión/ansiedad y el catastrofismo; por otra parte, desde una orientación psicoanalítica se plantea evaluar la estructura de personalidad y se insiste en la valoración del síntoma como fenómeno psicossomático o síntoma

conversivo (Castellanos, 2008). Cada terapeuta, de acuerdo a su orientación teórica aplicará la técnica correspondiente.

Pero, en general, la intervención psicológica es necesaria para prevenir el agravamiento de los síntomas o la aparición de otras patologías con alta comorbilidad (Balbás y Gobbo, 2006). Además “el abordaje psicológico debe incluirse desde un principio dada la evidencia disponible que muestra la implicación de factores psicológicos y sociales en los resultados de salud de estos pacientes y de la importancia de una intervención temprana que retrase la cronificación” (Pastor, 2006) (p. 108).

En general, los tratamientos que se recomiendan son multidisciplinarios, siendo los objetivos generales del tratamiento que se proponen, mejorar el dolor, los síntomas en otros órganos y aparatos, la psicopatología, los aspectos psicológicos y ayudar a reorganizar el sistema laboral, social y familiar del paciente. La información y educación son claves para el tratamiento.

Pero a pesar de que estos programas multidisciplinarios son los más defendidos y están considerados como los más efectivos, en una revisión realizada por Karjalainen (2000, citado en Rivera, 2006) no se pudo encontrar suficiente evidencia sobre la eficacia de esta estrategia.

Respecto a los tratamientos psicológicos, la casi totalidad de los mismos a los que se refieren las investigaciones sobre fibromialgia en el ámbito de la reumatología y de la evidencia científica son de orientación cognitivo-conductual (TCC). Merayo et al. (2007) publican un estudio sobre la producción científica en FM de 1980 al 2005, y en él encuentran, que todos los trabajos de intervención psicológica menos uno utilizaron la TCC y el ejercicio físico. En un meta-análisis realizado para investigar la eficacia a corto y largo plazo de las intervenciones psicológicas en pacientes con FM, recientemente publicado, Glombiewski, Sawyer, Gutermann, Koenig, Rief y Hofmann (2010) sugieren que en el tratamiento de la fibromialgia en adultos se intervenga con TCC de larga duración acompañado de técnicas de relajación y/o biofeedback.

Por nuestra parte, teniendo en cuenta la importancia de las experiencias adversas infantiles y sus repercusiones en la estructuración psíquica consideramos fundamental incluir tratamientos de orientación psicoanalítica en el abordaje de estos pacientes.

CAPÍTULO II

EL DOLOR

El dolor, esa forma particular de afecto (R. D'Alvia)

2.1.-Factores psicológicos en el dolor crónico.

El dolor es definido en el Diccionario de la Real Academia como “sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior. Sentimiento de pena y congoja”. El diccionario recoge, pues, la diferencia que sobre el dolor hace el lenguaje corriente: dolor somático o físico, y dolor moral o psíquico.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, *International Association for the Study of Pain*) describe el dolor como “Aquella experiencia emocional y sensorial desagradable asociada a una lesión tisular o expresada como si esta existiera”. Esta definición reconoce el dolor como una situación en la que participan la emoción y la activación sensorial. La participación de ambos hechos en la manifestación dolorosa es variable, pero una experiencia tan intensa, siempre va a activar mecanismos psicológicos que a su vez modulan la percepción sensorial, en unos casos amplificándola y en otros atenuándola. Además existe un número sustancial de factores personales y situacionales que pueden modificar la respuesta dolorosa.

Nassio (1999) señala que:

Por lo general, solemos pensar que el dolor físico tiene que ver exclusivamente con el campo de la neurofisiología y sólo concierne al psiquismo si repercute en la persona del hombre que sufre. Como si por un lado se situara el fenómeno doloroso y, por el otro, se encontraran las inevitables consecuencias psicológicas y sociales que entraña (...) pero el factor psíquico interviene en la génesis de todo dolor corporal (p. 81).

Pichon-Rivière (1980) también afirma que lo psíquico es una función del organismo.

Miró (2003) señala que “el dolor es una experiencia compleja, resultado de la interacción entre factores afectivos, conductuales, cognitivos y sensoriales”. Continúa diciendo el autor que, desde esta perspectiva, la percepción del dolor no es el resultado final de una transmisión (pasiva) de impulsos, sino que se trata de una experiencia que está determinada, entre otros

factores, por la historia del individuo, por el significado que tiene la estimulación para el sujeto y la situación en la que se encuentra, por las diferencias sociales y culturales así como también por la actividad cognitiva del momento.

En estos momentos, “está ampliamente aceptada la interrelación de los factores sensoriales o físicos con los factores emocionales, cognitivos y sociales” (Miró, 2003) (p. 31). Los pensamientos y emociones pueden influir directamente sobre las respuestas fisiológicas. Los pensamientos estresantes pueden conducir al dolor en partes del cuerpo que son vulnerables.

Los factores psicológicos afectan también al modo como un sujeto se enfrenta al dolor, por ejemplo provocando sentimientos de indefensión que pueden incrementar el dolor, o las interacciones con otras personas que pueden reforzarlo (Van der Hofstadt y Quiles, 2001). Además, los estudios transversales han constatado sistemáticamente una asociación entre dolor crónico y malestar psicológico (Wilson, Mikail y D'Eon, 2001).

Estrictamente hablando, el dolor es una experiencia subjetiva que sólo es accesible para la propia persona. En todo tipo de dolor, por lo tanto, tienen relevancia los aspectos psicológicos, con independencia de la causa que dé origen o mantenga al dolor. En suma, el dolor es un proceso perceptivo cuyo impacto en la vida de las personas depende de una amplia variedad de factores, como el estado de ánimo, el contexto, el soporte social, o los recursos económicos, entre otros. Sin embargo, en todos los casos la determinación etiológica del síndrome de dolor es de relevancia para el estudio y enfoque general del problema, principalmente porque va a poner en evidencia si el tratamiento psicológico es central o marginal en el caso concreto (Vallejo y Comeche, 1994).

El dolor del que se quejan las pacientes con fibromialgia es un dolor físico, con algunas características especiales: es un dolor de origen desconocido, es decir, no se reconoce el agente agresor, las zonas dolorosas no muestran ningún tipo de alteración, excepto los cambios en el equilibrio entre neurotransmisores y es refractario a todos los tratamientos. Se podría decir que nos encontramos ante un dolor físico que no se comporta como tal, lo que sin duda ha

llevado a que muchas veces estas pacientes hayan sido tomadas por fabuladoras o simuladoras. Aspecto que hace más complejo el manejo del dolor en este síndrome.

Es imprescindible, por lo tanto, pensar en el dolor crónico desde una perspectiva biopsicosocial ya que la experiencia de dolor resulta de la interacción e influencia de una amplia red de factores: fisiológicos, genéticos, cognitivos, afectivos, conductuales, laborales, culturales. Esta perspectiva va a tener implicaciones importantes en el tratamiento de los pacientes con dolor crónico.

2.2.-El dolor en psicoanálisis.

Desde comienzos de su obra, Freud presenta el dolor como un concepto límite o fronterizo entre lo cuantitativo y lo cualitativo, entre una percepción interna y externa. El dolor aparece siempre cuestionando esa frontera conceptualmente establecida entre lo corporal y lo anímico (Vilá, 2006).

Freud (1895) compara la vivencia de dolor con un rayo que atraviesa desde el interior del cuerpo hasta las neuronas del recuerdo, esto es, hasta lo inconsciente. Su paso fulminante va a abolir el principio del placer, regulador de la excitación del aparato psíquico, y encargado de evitar el displacer. El dolor deja como secuela unas *facilitaciones* duraderas, una honda huella mnémica en el psiquismo, y un exceso de excitación o energía, afecto que permanecerá desligado, sin representación y que siempre habrá de retornar. A través de sus casos, Freud fue encontrando que la huella dejada por la vivencia de un dolor pasado en el psiquismo puede volverse una excitación interna capaz de desencadenar otro dolor (Vilá, 2006).

Nasio (1999) señala que “hay que descender al corazón del yo para descubrir en él la psicogénesis del dolor” (p.83). Propone que “un dolor intenso nace siempre de una conmoción del yo aunque sea momentánea y, una vez anclada en el inconsciente, reaparecerá transfigurada en acontecimientos penosos e inexplicados de la vida cotidiana” (p.83). La

percepción de una excitación dolorosa situada imaginariamente en la periferia - una quemadura, por ejemplo- imprime inmediatamente en el yo la imagen del lugar lesionado del cuerpo. La sensación dolorosa resulta así reavivada por el surgimiento de la representación mental de la herida. Esta singular autopercepción por parte del yo de su estado de conmoción interna - percepción somato-pulsional - crea la emoción dolorosa y, “a partir del momento en que una primera experiencia dolorosa se registra en el psiquismo y reaparece como irreconocible, adquiere el estatuto de dolor inconsciente” (p.91). Considera que “el cuerpo es una pantalla en la que se proyectan recuerdos, y que el actual sufrimiento somático del paciente es el resurgimiento viviente de un primer dolor olvidado” (p.95).

D’Alvia (2002) señala que:

El yo, mediador entre lo pulsional y el mundo exterior, es sostenido por un ser corpóreo y poseemos una proyección de esta superficie corporal en el psiquismo, por otra parte, la noción de cuerpo está unida a la noción de yo que se amplía con el concepto de imagen corporal y que está determinada por un conjunto de representaciones conscientes e inconscientes. El cuerpo tiene una representación psíquica y la articulación mente-cuerpo se realiza a través de lo perceptual exteroceptivo e interoceptivo, las fantasías deseantes, la palabra, la experiencia vincular y el juego de los afectos (p.165).

El autor continúa diciendo que la palabra permite que la sensación interoceptiva se convierta en sentimiento y tenga una representación psíquica. Las representaciones que evocan el dolor van a depender de las vivencias intersubjetivas en que se desarrollaron y, por lo tanto, va a ser trascendente cómo se inscribió el dolor en la evolución del individuo y cómo se resignificó, a partir de las experiencias emocionales vividas posteriormente en los momentos críticos. Hablamos así de una subjetividad del dolor, es decir, de la atribución de significados a los distintos hechos sensoriales desagradables.

“Las características de la estructura psíquica de un individuo son trascendentes en el desarrollo y capacidades del sujeto en nominar, resistir, tolerar, evitar, prevenir, sostener o desmentir el dolor” (D’Alvia, 2002). Incluso, autores como Bion (1994, citado en D’Alvia, 2002), describen determinado tipo de personas que toleran poco el dolor y no pueden sufrirlo (soportarlo) señalando que estos pacientes que fracasan en contener el dolor, también tienen dificultades en desarrollar el placer y otro tipo de afectos.

El dolor provoca desinterés por el mundo exterior, ensimismamiento, y sus efectos pueden ser devastadores sobre el individuo. Si el dolor tiene mucha intensidad y es constante puede tener una influencia desorganizadora sobre el psiquismo, Freud expresaba que cuando el dolor es intenso también actúa como trauma y desorganiza al yo. El dolor que no puede procesar el psiquismo se convierte en dolor a modo de trauma.

La vivencia de dolor se halla en la entrada del sujeto al lenguaje. El grito ante el dolor es uno de los primeros intentos por hacer pasar la vivencia del cuerpo al lenguaje como una forma de canalizar el exceso, el sufrimiento. El grito es la primera articulación de la demanda del sujeto al otro, e inscribe la primera cadena de recuerdos en la memoria. El hecho de que no todo puede ser puesto en palabras marcará dolorosamente la impotencia del sujeto y su entrada al mundo del lenguaje (Vilá, 2006).

Desde una perspectiva psicoanalítica, hay autores que contemplan algunos cuadros de dolor como característicos de pacientes psicósomáticos, Marty (1984) señala déficits o desorganizaciones en la capacidad de mentalización en pacientes psicósomáticos, siendo el preconsciente la instancia más importante en dicha capacidad de mentalización. El mal funcionamiento de la primera tópica (inconsciente-preconsciente-consciente) por carencia, discontinuidad o desorganización frecuentemente es preludio de trastornos somáticos, o la prueba del posible agravamiento de esos trastornos.

La mentalización (noción introducida por psicólogos franceses en los años 70-75) se refiere a la cantidad y la calidad de las representaciones de un individuo, siendo el preconscious el lugar de las representaciones y de los vínculos que se establecen entre ellas. Las representaciones consisten en una evocación de las inscripciones de las primeras percepciones que han dejado una huella mnémica, la inscripción de las percepciones y su evocación ulterior se acompañan, en la mayoría de los casos, de tonalidades afectivas agradables o desagradables.

El psicoanálisis considera las representaciones de cosas y las representaciones de palabras. Las representaciones de cosas evocan realidades vividas en el campo sensorio-perceptivo, dan lugar a asociaciones sensoriales y perceptivas y pueden estar ligadas a afectos pero no se prestan a asociaciones de ideas, ya que no pueden ser movilizadas por el aparato psíquico. Las representaciones de palabras se producen a partir de la percepción del lenguaje de los demás. Al principio las representaciones de palabras son de orden sensorial y se pueden seguir considerando como representaciones de cosas, progresivamente van abandonando el estatuto de representaciones de cosas durante el desarrollo individual. Las representaciones de palabras se ligan a las representaciones de cosas para formar el sistema preconscious. Desde esta perspectiva se considera que en la clínica de las enfermedades somáticas se encuentran sujetos que presentan insuficiencias del desarrollo del preconscious así como sujetos afectados de desorganización del preconscious.

Fonagy (2005 citado en Ávila, Bastos y Castelo, 2002) señala que la mentalización es una función simbólica específica central que es generada en el niño por los propios procesos de mentalización del adulto cuando el cuidador es capaz de pensar en el niño desde la alteridad y la parentalidad adecuada, siendo capaz de detectar los estados mentales y contenerlos adecuadamente.

Desde una perspectiva intersubjetiva o relacional y, en el marco del desarrollo, Stolorow y Atwood (2004) sostienen que:

El grado en que una persona pueda llegar a experimentar los afectos como mente, es decir, como sentimientos en lugar de únicamente como cuerpo, dependerá de la presencia de un contexto intersubjetivo facilitador. En ausencia de este contexto facilitador, este proceso de transformación fácilmente quedará alterado, con lo cual los afectos continuarán experimentándose principalmente como estados corporales (p.85).

Ávila (2010) señala la diferencia entre dolor psíquico o Dolor Mental y Sufrimiento psíquico y refiere que “la experiencia del sufrimiento psíquico puede tener lugar, como consecuencia de la mayor capacidad lograda por la persona para contener y elaborar psíquicamente el dolor mental”. Refiere que

Entre el Dolor Mental irrepresentable y las representaciones y simbolizaciones del Sufrimiento Psíquico se ha transitado un largo recorrido, a través de la transformación progresiva de experiencias no integradas (...) hacia fenómenos y estructuras mentales progresivamente más organizadas, que primero se representan, se connotan afectivamente, se simbolizan y pasan luego a formar parte del pensamiento abstracto (p. 133).

Por último, mencionar la noción de vacío, descrita también en pacientes psicósomáticos. Desde el punto de vista metapsicológico el vacío correspondería a una no-elaboración psíquica, a un fallo en la capacidad representativa. Podríamos decir que la ruptura del preconsciente nos lleva al vacío: sin él estamos en el vacío (López Peñalver, 1993).

2.3.- Tratamiento psicológico del dolor crónico.

La presencia de dolor generalizado junto con el cansancio son los síntomas por los que fundamentalmente consultan los pacientes con FM y los que mayores repercusiones psicosociales tienen. Por otra parte, debido a que muchas de las investigaciones sobre la

influencia de los factores psicológicos en el dolor crónico y su tratamiento son anteriores a la investigación sobre dichos factores en FM, nos parece importante revisar las aportaciones que la psicología y el psicoanálisis han hecho respecto al tratamiento del dolor crónico y no sólo de la FM.

El dolor en pacientes con FM presenta características diferentes a otros cuadros de dolor crónico de etiología física pero también encontramos que muchos sujetos con FM además tienen otras enfermedades reumatológicas con lesiones físicas objetivables, solapándose y confundiéndose estos síntomas con los de la FM ¿es un dolor producido por la fibromialgia o por la artritis? ¿el dolor que aparece después de años de tener otra enfermedad es igual o diferente del que aparece sin lesiones anteriores?. Esta situación nos impulsa a introducir este apartado del tratamiento psicológico del dolor crónico y no sólo de la FM, como hemos hecho anteriormente. Por otra parte, la presente investigación está integrada en la asistencia hospitalaria lo que implica atender a un número muy elevado de pacientes, muchos de los cuales no han hecho demanda de tratamiento psicológico ya que son derivados directamente desde reumatología, aspecto que ha de tenerse en cuenta de cara al tratamiento.

Estos dos motivos (comorbilidad reumatológica y elevado número de pacientes) nos han llevado a incorporar en el tratamiento psicológico recursos y herramientas que no son propias del psicoanálisis, intentando en todo momento integrarlas en una perspectiva psicoanalítica. Por este motivo, vamos a referirnos también a las aportaciones de otras teorías diferentes de la psicoanalítica en el tratamiento del dolor.

Castellanos (2008) dice que las terapias de orientación cognitivo-conductual toman como orientación fundamental la adaptación al dolor, colocando a los pacientes en un callejón sin salida. Es cierto que el tratamiento psicoanalítico implica una escucha individualizada y un diagnóstico estructural, pero también consideramos que el excesivo volumen de pacientes que hay que atender en los dispositivos públicos de salud, así como el nivel de sufrimiento y las consecuencias tan devastadoras de la FM a nivel psicosocial justifican la integración de las

aportaciones que otras orientaciones teóricas han realizado, para que los pacientes puedan manejar de manera más adaptativa los síntomas que padecen. En este punto coincidimos con lo expuesto por Gutiérrez (1999) cuando dice que “acercarse a los otros, sentir curiosidad por sus repertorios teóricos y metodológicos no puede darse si no es por el convencimiento de que el enfoque propio no da para todo”.

Teniendo en cuenta que nuestra orientación es psicoanalítica, siempre dejamos un espacio para la escucha de los dolores vitales que no se han podido expresar con palabras y de algunos conflictos no resueltos y que se reactualizan ante acontecimientos traumáticos de la vida. Siempre con el objetivo de facilitar, en la medida de lo posible, que dichos dolores y conflictos se puedan expresar a través de palabras y tramitar algo de ellos en un espacio de escucha y apertura a otros contenidos que no son los puramente conscientes y conocidos por el sujeto, ya que “un aspecto adicional diferencia el psicoanálisis de la psicología cognitiva: el psicoanálisis no sólo trata los distintos tipos de procesamiento y defensas inconscientes, sino que también da prioridad a la afectividad y a sus movimientos” (Bleichmar, 2010).

Una vez que hemos justificado el motivo por el que en este apartado vamos a incluir en el tratamiento del dolor crónico algunas aportaciones de otras orientaciones teóricas además de la psicoanalítica, vamos a revisar el estado actual de la cuestión.

Moix (2006) afirma que:

Todas las investigaciones del tratamiento del dolor crónico apuntan hacia la misma dirección: los pacientes muestran una mayor mejoría cuando paralelamente al tratamiento médico reciben un tratamiento psicológico que cuando solamente reciben tratamiento médico. Las personas tratadas de esta forma disminuyen, en mayor grado, su ansiedad, sus sentimientos depresivos, la medicación analgésica que precisan, los problemas provocados por el dolor (alteraciones en el sueño, disfunciones sexuales, etc) e incluso el grado de dolor que sufren (p.25).

Por otra parte, Vallejo (2005) señala que:

La psicología puede cooperar en la intervención sobre los efectos perceptivos del dolor y su impacto psicosocial. El tratamiento psicológico del dolor crónico se justifica porque el impacto que el padecimiento de un síndrome de dolor crónico tiene sobre la persona y su entorno social, puede contribuir a su agravamiento e incapacitar más a la persona que lo padece (p.42).

Vallejo (2005) considera que la psicología contempla tanto las consecuencias psicosociales del dolor crónico como la comprensión de los factores psicológicos que pueden contribuir a su desencadenamiento, señalando que si nos centramos en las consecuencias el trabajo psicológico irá dirigido a ayudar (apoyar) a una persona normal a sobrellevar o adaptarse al padecimiento de un problema médico impuesto. El autor sostiene que también es posible tratar el dolor crónico centrándonos en los factores psicológicos que pueden ser responsables (co-responsables) del desencadenamiento de un determinado síndrome de dolor crónico, o del mantenimiento o agravamiento de dicho síndrome. Además, continúa diciendo que nos encontramos con síndromes de dolor que no tienen una justificación orgánica (cefaleas neuropáticas, determinadas neuralgias, dolores musculoesqueléticos, fibromialgia, etc) en los que además de los factores biológicos, la relevancia de variables psicológicas es evidente y justifica el uso de programas de tratamiento específicamente dirigidos a ellas.

Las técnicas operantes empleadas en el tratamiento del dolor crónico parten de la hipótesis de que las conductas de dolor de los pacientes (expresiones y formas de comunicar el dolor y el sufrimiento) están influidas de forma sistemática por el refuerzo social (Simón, 1999). Los objetivos de las técnicas operantes son: reducir o eliminar las conductas de dolor, aumentar las conductas sanas o adecuadas y modificar las contingencias que mantienen las conductas de dolor así como las de aquellas que tienen que ver con las conductas adecuadas. La recuperación o normalización del nivel de actividad se consigue mediante un programa de rehabilitación física o removilización, sobre la base de una serie de ejercicios físicos que se hacen más

exigentes a medida que el paciente avanza. La normalización del nivel de actividad también se basa en un programa de rehabilitación funcional (Penzo, 1989).

Desde la modificación de conducta se trata de ayudar al paciente a recuperar un nivel de actividad parecido o igual al que tenía antes de la aparición del problema, fomentar la idea de que es posible, seguro y satisfactorio realizar una “vida normal”, *en movimiento*, sin que ello implique un aumento de dolor, y romper el círculo vicioso de evitación-inactividad-deterioro físico-dolor-inactividad-evitación (Miró, 2003).

Las Técnicas cognitivas parten de que los pensamientos inadecuados que los pacientes tienen acerca del dolor crónico pueden incidir de manera negativa, por lo que es importante detectar y cambiar dichos pensamientos por otros que favorezcan la normalización de sus vidas y crear unas expectativas realistas. En el tratamiento de los pacientes con dolor crónico, las técnicas más utilizadas consisten en aportar información específica, reconceptualizar el problema y entrenar en el uso de distintas técnicas de afrontamiento. Es importante que los pacientes puedan llevar una vida más satisfactoria a pesar de los posibles problemas que pueda causar el dolor y que adquieran un sentido de autoeficacia y control sobre el problema.

Penzo (1989) considera que el objetivo principal de todo tratamiento de un cuadro crónico es la normalización de los patrones de vida del paciente, por lo que habla más de rehabilitación que de tratamiento. El paciente ha de reaprender las habilidades y recursos que ha perdido y que son los necesarios para llevar una vida normal. El concepto de normalización, por lo tanto, es lo nuclear de la rehabilitación. También insiste que hay que contar con las posibilidades rehabilitadoras del ambiente natural: por una parte normalizando este ambiente y por otra parte modificando la forma de interaccionar del paciente con el mismo.

A la hora de planificar un tratamiento psicológico, desde la orientación cognitivo-conductual, también es importante tener en cuenta las consecuencias del dolor crónico porque nos

permitirá entender mejor al paciente y además saber algunos de los aspectos en los que tendremos que incidir. Esteve y Ramírez (2003) dividen las consecuencias del dolor crónico en:

- Reacciones emocionales siendo las más frecuentes depresión, ansiedad e ira, considerando que es importante que se expresen estas reacciones para ser elaboradas psicológicamente.
- Actividades de la vida diaria, es frecuente la inactividad y hay que insistir en lo perjudicial de esta actitud.
- La memoria. Las alteraciones de memoria que no son explicables por bajo estado de ánimo ni medicación, probablemente están relacionadas con una alteración de los mecanismos de atención.
- La comunicación con la familia, es importante que el entorno refuerce las conductas normalizadas del paciente.

Desde una perspectiva psicoanalítica, sabemos que si el sujeto no es capaz de resolver los conflictos psíquicos, éstos pueden llegar a expresarse a través del cuerpo y, en sentido inverso, un dolor crónico puede tener efectos devastadores en el psiquismo, si el dolor tiene mucha intensidad y es constante puede tener una influencia desorganizadora sobre el psiquismo. Tanto en un caso como en el otro hemos de ayudar al paciente a elaborar los contenidos emocionales relacionados con el dolor y, desde la teoría psicoanalítica, dicha ayuda pasa por aumentar la capacidad de expresar a través de palabras los sentimientos asociados a las experiencias dolorosas no sólo físicas sino vitales.

En este sentido también es importante “historizar el dolor”, es decir, que la persona pueda identificar y localizar el momento en que aparece, qué significa, qué repercusiones tiene en su vida, cómo es percibido por los demás y cómo reaccionan ante el mismo. Situar el dolor en la historia personal y dotarlo de significado ayuda a que el sujeto pueda procesarlo desde el punto de vista psicológico así como evitar algunas consecuencias negativas que provoca y que pueden pasar desapercibidas. De este modo se ayuda a resolver las consecuencias y pérdidas que el dolor ha supuesto desde un punto de vista psicológico, evitando que las mismas se terminen expresando a través del cuerpo.

Nasio (1999) considera que:

El cuerpo es una pantalla en la que se proyectan recuerdos, y que el actual sufrimiento somático del paciente es el resurgimiento viviente de un primer dolor olvidado. Entonces es fundamental que el sujeto pueda hablar de antiguos shocks traumáticos, psíquicos, corporales, de los que podría tener recuerdos. Pero el dolor antiguo también puede reaparecer transfigurado en otro afecto tan penoso como un sentimiento de culpabilidad, transformado en lesión psicosomática, o incluso metamorfoseado en acto impulsivo. (p.95)

El dolor crónico implica muchas pérdidas, estas pérdidas y los duelos que conllevan (no ser como antes, no poder hacer lo que podía hacer antes) tienen que ser elaboradas psíquicamente porque, de lo contrario, puede provocar sintomatología depresiva e incrementar la tensión lo que genera vulnerabilidad somática.

Es trascendente la influencia del contexto en el desarrollo del dolor. Las relaciones que el individuo tiene con el medio en donde se realiza la experiencia de dolor modulan la intensidad y la significación del mismo. Y como en todo tratamiento psicológico, se van a incorporar dichas relaciones en su abordaje.

Siguiendo con la noción de vacío anteriormente nombrada y teniendo en cuenta que desde el punto de vista metapsicológico el vacío correspondería a una no-elaboración psíquica, a un fallo en la capacidad representativa, el tratamiento psicoanalítico dirigido a llenar el vacío significaría “pensar, representar, dar a la falta de, a la ausencia de, una imagen, ligar el afecto a la representación de palabras y cosas, lo que lleva consigo dar un sentido, una coherencia que es el principio de toda elaboración” (López Peñalver, 1993).

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1.- Introducción general sobre la investigación.

Se plantean dos áreas de investigación que están relacionadas y que se dividen en dos trabajos.

En el primer trabajo se estudiará la influencia de variables psicológicas en pacientes con FM y su relación con la psicopatología y calidad de vida actuales.

Por una parte se realizará una descripción sobre características psicosociales y psicopatología en pacientes con FM. Dichas características van a ser estudiadas a través de:

- Presencia de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) en la infancia, edad adulta y año anterior a la aparición de la sintomatología dolorosa. Nuestra impresión clínica es que los sujetos con FM han vivido más experiencias adversas en la infancia y que, en muchas ocasiones, la presencia de situaciones estresantes previas a la aparición del dolor, descritas en la literatura científica, actúan como traumáticas porque reactualizan acontecimientos previos.
- Ansiedad y depresión. Se estudiarán dichos síntomas a través de instrumentos validados y que son utilizados en otros trabajos de investigación.
- Análisis de las Constelaciones del test de Rorschach. Se espera encontrar un porcentaje alto de sujetos con Depresión (DEPI) y de sujetos con la Constelación de Inhabilidad Social (CDI) positiva. Esta Constelación representa “una medida de las dificultades del sujeto para manejarse con la complejidad de la vida cotidiana, es decir, problemas para enfrentarse eficazmente a las demandas comunes de su entorno social, de modo que señalaría una *cierta ineptitud o déficit para todo lo relacional*” (Exner y Sendín, 1995, p.p. 173-174).
- Características de personalidad psicosomática, estudiando indicadores evaluables en el test de Rorschach que son traducibles en rasgos que intervienen en el concepto de mentalización. Se siguen criterios propuestos por Martín (2008).

Los motivos por los que se han elegido estas variables para estudiar la presencia de factores psicológicos y psicodinámicos son:

- Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) porque en la actualidad una de las líneas de investigación más defendidas es la influencia del estrés en estos pacientes y por su importancia en la estructuración psíquica.
- La ansiedad y depresión son los síntomas psicológicos que más se describen en estos pacientes.
- El test de Rorschach es un instrumento muy rico y complejo y no hemos encontrado muchas referencias sobre la aplicación de este test en pacientes con FM. Además tiene como ventaja sobre los otros cuestionarios que el sujeto no sabe qué tiene que contestar y, como frecuentemente se alude a la simulación y rentismo de estos pacientes, estudiar la psicopatología a través de este instrumento evitaría el sesgo de que los pacientes quisieran mostrarse peor de lo que están para conseguir algún tipo de incapacidad. También nos proporciona información sobre las relaciones interpersonales y las dificultades ante las mismas.
- La personalidad en pacientes con FM es un tema muy controvertido. En muchas ocasiones se ha referido a la FM como la histeria del siglo XXI. Nuestra impresión es que en algunos casos los síntomas son conversivos y se puede rastrear el conflicto para abordarlo, pero hay otros casos en los que nos parece un fenómeno psicósomático. A través del test de Rorschach y siguiendo los criterios propuestos por Martín, se analizarán las características psicósomáticas en una muestra de pacientes con FM.

Para descartar que las diferencias sean debidas al azar se comparan los resultados de todas estas variables con un grupo control de sujetos sanos.

En este primer trabajo también se estudiará la influencia de estas variables en la psicopatología y calidad de vida que presentan los sujetos en la actualidad para identificar, en la medida de lo posible, factores de riesgo y protección.

En el segundo trabajo se evaluará la eficacia de un tratamiento psicoterapéutico grupal breve de orientación psicoanalítica integrado en un abordaje interdisciplinar, que se realiza en el Hospital Universitario de Guadalajara.

Respecto a la evaluación del tratamiento se van a investigar los resultados (Ávila, Rojí y Saúl, 2004) a través de reducción de síntomas, calidad de vida, mejoría en el bienestar físico y salud general a través de cuestionarios. Se va a valorar el grado de satisfacción a través de una encuesta que se les entrega al finalizar el tratamiento. Se analizan los contenidos de los emergentes grupales y los conflictos focales que se han trabajado en dicho tratamiento.

Se utilizan aspectos de metodología de investigación cuantitativa y cualitativa.

3.2 .- Objetivos e Hipótesis

Primer trabajo.

Hipótesis general: Las variables psicológicas y psicosociales tienen un peso importante, tanto en el desencadenamiento de la fibromialgia como en la intensidad de los síntomas e impacto en calidad de vida y estado de salud general.

Objetivos.

Objetivo 1. Estudiar la presencia de Acontecimientos Vitales Estresantes en infancia, edad adulta y año previo a la aparición del dolor en fibromialgia.

Hipótesis 1. Los pacientes con fibromialgia han tenido más AVE que la población general en infancia, edad adulta y año previo a la aparición del dolor.

Objetivo 2. Estudiar la presencia de ansiedad y depresión en fibromialgia.

Hipótesis 2.- Los pacientes con fibromialgia tienen más síntomas y trastornos de ansiedad y depresión que la población general.

Objetivo 3.- Estudiar la presencia psicopatología en fibromialgia a través del test de Rorschach.

Hipótesis 3.- Los pacientes con fibromialgia tienen más depresión y dificultades en las relaciones interpersonales, valoradas a través de la constelación de depresión e Inhabilidad social que la población general.

Objetivo 4.- Estudiar los rasgos de personalidad psicósomática a través del test de Rorschach.

Hipótesis 4.- Los pacientes con fibromialgia tienen más rasgos psicósomáticos de personalidad referidos a la capacidad de mentalización que la población general.

Objetivo 5.- Estudiar la influencia de variables sociodemográficas y clínicas en la psicopatología y calidad de vida.

Hipótesis 5.- Existen características personales que influyen en psicopatología y calidad de vida en pacientes con FM.

Objetivo 6.- Estudiar la influencia de los Acontecimientos Vitales Estresantes en la psicopatología y calidad de vida.

Hipótesis 6.- Los sujetos que han tenido más AVE a lo largo de su vida van a tener más psicopatología en la actualidad y peor calidad de vida y estado de salud

Objetivo 7.- Estudiar factores psicosociales de riesgo y protección en depresión y ansiedad valorada a través de cuestionarios autoaplicados.

Hipótesis 7.- Existen variables psicosociales que influyen en la depresión y ansiedad de los pacientes con FM.

Objetivo 8.- Estudiar factores psicosociales de riesgo y protección en psicopatología valorada a través del test de Rorschach.

Hipótesis 8.- Existen variables psicosociales que influyen en la psicopatología valorada a través del test de Rorschach.

Objetivo 9.- Estudiar factores de riesgo y protección en la calidad de vida valorada a través del FIQ

Hipótesis 9.- Existen variables psicosociales que influyen en el impacto de la FM en la calidad de vida valorada a través del FIQ.

Objetivo 10.- Estudiar factores de riesgo y protección en el estado de salud valorado a través del Nottingham

Hipótesis 10.- Existen variables psicosociales que influyen en el estado de salud valorada a través del Nottingham

Segundo trabajo.

La hipótesis de este trabajo es comprobar la efectividad de la psicoterapia breve de grupo de orientación psicoanalítica . Para ello se realizará:

- Evaluación de la mejoría con asociación estadísticamente significativa de los síntomas principales de la FM a través de cuestionarios autoadministrados.
- Evaluación de la mejoría siguiendo criterios de severidad medida a través de cuestionarios autoadministrados.
- Evaluación de la mejoría con relevancia o significación clínica.
- Evaluación de la mejoría con asociación estadísticamente significativa de los síntomas principales de la FM a través del test de Rorschach.
- Estudio de la eficacia de un tratamiento psicoterapéutico grupal comparado con grupo control de lista de espera.
- Abandonos.
- Evaluación cualitativa. Análisis de los contenidos grupales que más aparecen a través de los emergentes.
- Evaluación cualitativa de mejoría y cambios percibida por los pacientes.

El objetivo de esta evaluación es comprobar la efectividad de la intervención realizada y detectar nuevas necesidades para mejorar la calidad de la atención ofrecida a esta población.

3.3.- Descripción del programa de atención psicológica y psiquiátrica de FM en el Hospital Universitario de Guadalajara.

Es un programa integrado en el servicio de psiquiatría (Interconsulta y Enlace) en coordinación con el Servicio de Reumatología. El programa tiene una duración total de 24 meses y consta de cuatro partes:

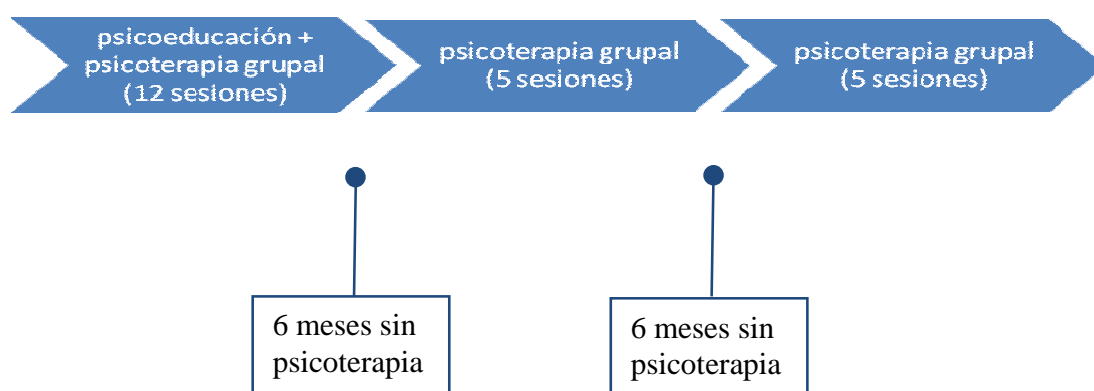
- Valoración del paciente en la consulta de reumatología, donde es diagnosticado de fibromialgia según criterios del ACR (Colegio Americano de Reumatología). Todos los pacientes con este diagnóstico son derivados al programa.
- Evaluación e Intervención psiquiátrica: entrevista, diagnóstico psicopatológico según criterios DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), prescripción psicofarmacológica y revisiones periódicas.
- Evaluación psicológica con finalidades terapéuticas y de investigación. Ortiz (1994, citada en Ávila 1994) señala que la realización de la evaluación es necesaria, o al menos deseable, para tratamientos breves.
- Tratamiento psicológico: psicoterapia grupal a todos los pacientes y psicoterapia individual en aquellos casos en los que la gravedad del cuadro lo precise.

Describimos el tratamiento psicológico grupal por ser el objeto de nuestra investigación.

Respecto al tratamiento psicológico grupal, se realiza **psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica** con una duración de 22 sesiones, distribuidas a lo largo de un año y medio después de haber realizado la evaluación psicológica. La duración de cada sesión grupal es de 1 hora 30 minutos siendo grupos cerrados de 10 a 12 integrantes. En un primer período se llevan a cabo 12 sesiones, con una frecuencia semanal, en las que los 30 primeros minutos se dedican a psicoeducación y aprendizaje de técnicas cognitivo-conductuales para el manejo de los

síntomas. La hora restante se dedica a la psicoterapia breve propiamente dicha, de orientación psicoanalítica y 15 minutos antes de finalizar la sesión se realiza una lectura de emergentes o devolución al grupo de los aspectos más relevantes que se han trabajado en la sesión. A los seis meses de finalizar esta intervención grupal se lleva a cabo una segunda intervención de 5 sesiones de psicoterapia grupal. A los 6 meses de finalizar la segunda intervención grupal se lleva a cabo una tercera intervención de 5 sesiones de psicoterapia grupal. En la 2ª y 3ª intervenciones de psicoterapia grupal no se incluye psicoeducación. Los grupos son cerrados con un máximo de 10/12 integrantes. El encuadre se representa en el gráfico 1.

Gráfico 1. Encuadre de psicoterapia grupal.



Este encuadre permite agilizar la lista de espera ya que los pacientes que entran en el programa no tienen que esperar la finalización completa del tratamiento psicológico de los pacientes que son atendidos en ese momento. Por otra parte, diferentes estudios (Turk y Okifuji, 2002; Vallejo, 2005) indican que el tratamiento del dolor crónico requiere de un cuidado y atención regular y un seguimiento y que los recursos terapéuticos deben organizarse para apoyar ese modo de afrontar y conllevar el trastorno. El encuadre que hemos elegido para atender a los pacientes facilitaría estas indicaciones ya que permite atender durante un período de tiempo

más largo a los pacientes. Además favorecería el otro aspecto que señalan las investigaciones respecto a la importancia de la participación activa del paciente en su tratamiento al ofrecer tiempos prolongados sin psicoterapia entre las distintas intervenciones grupales.

Suárez (2006) señala que “la presión asistencial, la indiscriminación de la demanda, la cartera de servicios que nos obliga a responder crea la posibilidad de ofertar diferentes respuestas - dentro de ciertos límites- dejando espacio a cierta creatividad”. El encuadre propuesto y la evaluación del mismo se encuentran en la línea de esta reflexión. También hemos tenido en cuenta que las investigaciones han demostrado similar eficacia entre las psicoterapias individuales y grupales (Kaplan y Sadock, 1996; Guimon, 2003) por lo que la intervención grupal resulta más eficiente.

Se incluye **psicoeducación** a través de informaciones porque existe abundante evidencia de que los niveles de información más altos se asocian con un mejor pronóstico en muchas enfermedades crónicas, como en el caso de la FM, (Bennett, 2002). Camino, Jiménez, de Castro-Palomino y Serra (2009) proponen un enfoque psicoeducativo no dirigido tanto a aumentar la conciencia de enfermedad, como se hace con los trastornos mentales severos, sino más bien al contrario, a ayudar respetuosamente a estas pacientes a comprender y reconocer mejor los mecanismos psicológicos, relacionales y sociológicos. Proponen incidir en la concienciación de cómo el malestar psicológico encuentra vías somáticas de expresión y ofrecer mecanismos para poder expresar y “mentalizar” lo que se expresa a través de lo somático.

Desde la Concepción Operativa de grupo también es práctica habitual la inclusión de información o psicoeducación que facilita el abordaje de la tarea y la inclusión del pensamiento en la resolución de los aspectos que dificultan el cambio. Suárez (2006) señala que la información parece agilizar ciertos procesos y favorece por tanto el desarrollo del proceso grupal. La información es entendida como un trabajo más en el vector de la comunicación.

Los temas que se incluyen son: lo psicológico y su tratamiento; factores psicológicos como causa y consecuencia de dolor; la fibromialgia; el rol del ejercicio y su importancia en el tratamiento de la FM; mecanismos de defensa; la comunicación, y diferentes estilos de comunicación. La información teórica del último día es un “resumen” de lo que han trabajado a lo largo de todas las sesiones grupales y que se elabora con el análisis de los emergentes que se han ido recogiendo y leyendo a lo largo de todas las sesiones.

La psicoeducación no sólo tiene valor terapéutico sino que ayuda a centrar la tarea del grupo pues, como hemos dicho, son pacientes que no han hecho demanda.

Se incluye el aprendizaje de algunas estrategias **cognitivo –conductuales para el abordaje del dolor** con una finalidad psicoeducativa. Diversos estudios han examinado los efectos de las estrategias cognitivo-conductuales sobre los resultados en pacientes con fibromialgia demostrando el beneficio de dichas intervenciones, por este motivo se enseñan algunas de estas estrategias, con el objetivo de ayudar a los pacientes a comprender los efectos que las cogniciones (como ideas, creencias y expectativas) y las conductas tienen sobre sus síntomas y enfatizar el papel fundamental que juegan los pacientes para controlar sus síntomas (Miró, 2003). No se realiza tratamiento cognitivo-conductual, sino que se introduce el aprendizaje de dichas estrategias para que los pacientes tengan más herramientas en el momento de manejar el dolor. Las estrategias y técnicas realizadas han sido: relajación, creando un marco motivacional para el cambio; desfocalización; comunicación y entrenamiento asertivo; reestructuración cognitiva y detección de creencias irracionales.

Por último, **la psicoterapia de orientación psicoanalítica** permite expresar las emociones implicadas en los síntomas de la FM, ya que la represión de las emociones negativas aumenta la percepción del dolor. Se intentan detectar los conflictos para resolverlos y que no se expresen a través del cuerpo, dotándose de significado al síntoma e incluyéndolo en la historia del paciente para que no quede aislado. La tarea del grupo es trabajar los aspectos psicológicos derivados de la FM y la elaboración de los conflictos y situaciones psicosociales que han contribuido al

desencadenamiento y/o perpetuación de la enfermedad. Se pretende un cambio interno (elaboración de los sentimientos negativos e inclusión de lo psicológico como un aspecto importante en su enfermedad) y externo (adquirir una conducta más activa y sana así como mejorar las relaciones con los demás).

Se utiliza **La Técnica de Grupo Operativo** para la coordinación de dichos grupos (Bauleo, 2005). Con la técnica utilizada en la psicoterapia de grupo se trataría de conseguir una adaptación activa a la realidad; posibilitar la asunción de nuevos roles; adquirir una mayor responsabilidad sobre su salud y la elaboración de las ansiedades despertadas en cada situación de cambio (Ávila y Poch, 1994).

Justificamos el grupo como una opción terapéutica adecuada porque en la mayoría de los estudios se refieren las dificultades en las relaciones interpersonales como centrales en pacientes con FM y generadoras de mucho sufrimiento. Los pacientes con dolor crónico tienen como característica común un estilo de comunicación en el que prevalecen las quejas y conductas de dolor a través de las cuales se relacionan, ocupando las mismas un lugar central en sus vínculos. En el caso de la FM este hecho se complica al basarse el diagnóstico en la exploración clínica, siendo el dolor el síntoma principal pero no objetivándose ninguna alteración que pueda justificarlo a través de pruebas complementarias. Por otra parte, este estilo de comunicación termina produciendo rechazo en los familiares y profesionales sanitarios por los sentimientos de impotencia y frustración que generan, pues parece que nada de lo que se hace les resulta suficiente.

Por otra parte, diferentes autores han defendido la importancia terapéutica de los grupos por la propia dimensión social del sujeto ya que al objeto psíquico se suma su tendencia vinculante lo cual abre la vía a la intersubjetividad. Tanto la eficacia similar a tratamientos individuales referidas por algunas investigaciones como las cualidades propias de los grupos serían otros motivos que justifican la elección del espacio grupal. En los grupos la elaboración de los conflictos se ve favorecida por las interacciones, se ofrece mayores posibilidades de

expresión, los iguales se convierten en agentes terapéuticos y la confrontación de imágenes, fantasías, sentimientos, relaciones, vivencias van a producir cambios en los grupos internos de los sujetos. Como decía Bion (1966 citado en Bauleo, Monserrat y Suárez, 2005) “El grupo es esencial para que el hombre pueda llevar una vida plena”.

3.4.- Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.

La denominación de psicoterapia breve es muy amplia y engloba diferentes tipos de psicoterapia. Se suele utilizar como equivalente de psicoterapia focal y psicoterapia de objetivos limitados

Ya Freud en el V Congreso Internacional de Psicoanálisis, en Budapest en 1918, había presentado una comunicación: Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (Freud, 1919) en la que abría, por primera vez, la posibilidad de modificación de la técnica básica para hacerla más adecuada al tratamiento de las psicopatologías no neuróticas y responder así a las necesidades asistenciales reales de la población. Esta propuesta freudiana de 1918 es de importancia decisiva para fundamentar posteriormente la configuración de una terapia breve de orientación psicoanalítica (Braier, 1984).

El máximo desarrollo de la psicoterapia breve, se efectúa como consecuencia de los cambios que se producen en la sociedad (Gutiérrez, 2004 citado en Ávila, 2004) “las psicoterapias breves responden a nuevas demandas y buscan nuevos objetivos a través de repertorios técnicos diferentes y en unos marcos espacio-temporales también distintos. No son “psicoanálisis reducidos”, son otra cosa”.

Al hablar de psicoterapia breve de orientación psicoanalítica hay dos conceptos que son centrales: brevedad y focalización.

La **focalización** se refiere a la acción de identificar el foco con el que se va a trabajar y va a estar determinada por el referente teórico del terapeuta. Aunque siempre inscrito en el marco teórico psicoanalítico. Se puede diferenciar el foco en temático y estratégico (Gutiérrez, 2004 citado en Ávila, 2004).

Pensando el foco desde el *punto de vista temático*, en nuestro caso y, teniendo en cuenta las peculiaridades de nuestros pacientes, hemos tenido en cuenta las aportaciones de: Davanloo (1992) quien plantea como foco la identificación de las defensas y las resistencias del paciente así como la ira no consciente como foco casi constante; Mann (1973) el “Tema central” que estaría constituido por algún afecto central y recurrente que ha deteriorado en forma crónica la autoimagen del paciente, encontrando este aspecto en casi todos nuestros pacientes secundario a las limitaciones derivadas del dolor y la incapacidad y Bachs (1988) que propone como tema focal los sentimientos de incompetencia que sustentan la desconfianza, la baja autoestima y una autoimagen defectuosa.

Desde el *punto de vista estratégico u operativo* el foco debe su importancia a su fuerza y eficacia no a su contenido temático sino a su posición estratégica en el mundo representacional y afectivo del paciente. Ocupa un lugar imaginario, estratégico, desde el que propaga y ejerce su influencia.

En este apartado se trabaja desde los dos triángulos propuestos por Malan (1983): el triángulo de las relaciones y el triángulo del conflicto. En el triángulo de las relaciones observamos cómo se da una dinámica de influencia recíproca entre las relaciones del sujeto con los otros (actuales o pasados) y el terapeuta. En el triángulo del conflicto está representada la dinámica pulsional (deseos-ansiedades-defensas). La propuesta de Malan es que el foco es estratégico porque debe ocupar un lugar tal que, al analizarlo e intervenir sobre esa parte de la información aportada por el paciente, produzca la mayor influencia posible (se propague y ejerza su influencia) sobre los vértices de ambos triángulos.

El foco debe estar constituido por aquella parte del material del paciente que, estando estrechamente unido a la problemática actual del paciente (neurosis que padece actualmente), establezca algún tipo de referencia o nexo respecto a la problemática infantil del sujeto (neurosis infantil) y, a su vez pueda ser analizada en la relación con el terapeuta (transferencia) y en nuestro caso con el resto de los integrantes del grupo. Normalmente, *la neurosis infantil* sólo será aludida. Y si es objeto de mayor atención lo será, sólo en la medida que sea indispensable para entender y movilizar los conflictos actuales del paciente. Se analizarán los contenidos transferenciales positivos y negativos, pero siempre con el propósito de comprender e intentar modificar los problemas relacionales del paciente en su vida.

Nuestro modelo de intervención guarda muchas similitudes con el definido por Shedler (2010) como psicoterapia psicodinámica en la que se incluyen:

Un rango de tratamientos basados en conceptos y métodos psicoanalíticos que incluyen sesiones menos frecuentes y tratamientos más breves que el psicoanálisis tradicional. La frecuencia de sesiones suele ser de una o dos veces por semana, y el tratamiento puede ser limitado o sin final determinado. La esencia de la psicoterapia psicodinámica es explorar aquellos aspectos del self que no son conocidos, especialmente los que se manifiestan e influyen en la relación terapéutica. (p. 98)

Blagys (2000, citado en Shedler 2010) distingue siete rasgos principales en la psicoterapia psicodinámica:

- Focalización en el afecto y expresión de emociones. El terapeuta ayuda a describir y poner palabras a los sentimientos. El insight intelectual no es lo mismo que el insight emocional, más profundo y dirigido al cambio.
- Exploración de los intentos de evitar pensamientos o sentimientos incómodos. La psicoterapia psicodinámica se centra en la exploración de estas evitaciones (defensa y resistencia).

- Identificación de temas y patrones recurrentes. La psicoterapia psicodinámica trata de identificar temas y patrones recurrentes en los pensamientos, sentimientos, autoconcepto, relaciones y experiencias de vida del paciente.
- Discusión de la experiencia pasada. Las experiencias pasadas, especialmente las experiencias tempranas con las figuras de apego, afectan a nuestra relación con el presente y a nuestra experiencia del mismo. La psicoterapia psicodinámica explora estas experiencias tempranas, la relación entre pasado y presente, y las formas en que el pasado suele “vivir” en el presente. El foco no está en el pasado sin más, sino en cómo el pasado influye en las dificultades presentes. La meta es ayudar a los pacientes a liberarse de los lazos del pasado para vivir más plenamente el presente.
- Focalización en las relaciones interpersonales (relaciones de objeto y apego). Tanto los aspectos adaptativos como los no adaptativos de la personalidad y el autoconcepto están forjados en el contexto de relaciones de apego, y normalmente las dificultades psicológicas surgen cuando los patrones interpersonales interfieren con la capacidad del sujeto para identificar necesidades emocionales.
- Focalización en la relación terapéutica. La recurrencia de temas interpersonales en la relación terapéutica (en términos teóricos, transferencia y contratransferencia) proporciona una experiencia única de explorarlos y trabajarlos de manera directa. La meta es alcanzar una mayor flexibilidad en las relaciones interpersonales y realzar la capacidad de identificar las necesidades emocionales.
- Exploración de la fantasía. A través de la libre asociación (pp. 99-100).

Shedler (2010) considera que los objetivos de la psicoterapia psicodinámica incluyen, entre otros, la remisión de los síntomas. Considera que un tratamiento exitoso no sólo debería aliviar los síntomas, sino también fomentar las capacidades y recursos psicológicos. Señala que estos fines se persiguen a través de un proceso de autorreflexión, autoexploración y autodescubrimiento que tiene lugar en el contexto de una segura y profunda relación entre terapeuta y paciente.

3.5.- Teoría de Grupo Operativo (T.G.O.)

Esta línea es desarrollada en Argentina por psicoanalistas kleinianos que se nuclean en torno a Pichon Rivière que en los años 50 empieza a hacer grupos terapéuticos con los pacientes hospitalizados. Crea la “técnica operativa de grupo” y utiliza esta metodología grupal para la enseñanza y la formación de la psiquiatría y el psicoanálisis. Desde su nacimiento los Grupos Operativos pretenden no ser una mera técnica psicoterapéutica, ya que implican una comprensión diferente de las problemáticas psicológicas y psiquiátricas, de los procesos de la salud y de la enfermedad, así como del tratamiento (Gómez, 2008). Pichon Rivière dirá que “el paciente es emergente de su grupo familiar y de la institución en la que participa, ya sea esta la escuela o el trabajo”

Para Enrique Pichon Rivière la psicología en sentido estricto, se define como social a partir de la concepción del sujeto, configurado en una trama compleja en la que se entretajan vínculos y relaciones sociales. Según el planteamiento pichoneano la subjetividad está determinada histórica y socialmente, en tanto el sujeto se constituye como tal en procesos de interacción (Pampliega de Quiroga, 1977).

Pichon construyó su Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO), Vico e Irazábal (1998) señalan que

El ECRO es un campo dinámico y dialéctico. Como campo dinámico es un lugar donde se articula el psicoanálisis, la psicología social y la teoría del campo de Lewin. Estos elementos permiten observar la estructuración del grupo interno, las interacciones y vicisitudes de los vínculos entre los objetos del grupo interno y con el grupo externo, y los lazos colectivos. Como campo dialéctico reniega del pensamiento único o totalizante y permite la interacción con otros campos del conocimiento. (p.23)

El principal postulado de Pichón Rivière en la teoría de los grupos operativos es que la constitución psíquica es producto de lo vincular. La construcción psíquica surge como producto

de una trama vincular, su estructura puede ser pensada como grupal, de manera que para Pichon-Rivière “el grupo, espacio de encuentro y desencuentro de sujetos vinculados alrededor de alguna tarea en común, será el escenario privilegiado para el despliegue de estas problemáticas y la posible inserción de un proceso corrector” (Bauleo, Montserrat y Suárez, 2005) (p.43).

Podríamos definir el vínculo como:

Esa estructura compleja multidimensional que alberga pensamientos, afectos, modelos de acción, maneras de pensar y sentir y hacer con el otro, que constituyen las primeras apoyaturas del sujeto y las primeras estructuras identificatorias que darán comienzo a la realidad psíquica del niño” (Bauleo, Montserrat y Suárez, 2005) (p.43).

Montserrat (2008) señala que, aunque la idea de vínculo pertenece a nuestra historia reciente (Freud no había atendido el concepto vínculo en forma explícita) su germen está presente en la doctrina psicoanalítica y ha permitido repensar el movimiento freudiano oscilando entre lo intersubjetivo y lo intrasubjetivo.

En cada grupo se articularán los diferentes *grupos internos* (configuración que queda en nuestro psiquismo de los vínculos que hemos tenido con los otros) de sus integrantes. Se va a dar una dialéctica permanente entonces, entre el *grupo externo* (no en términos de *real objetivo* sino más bien de *otro, de diferente*) y el *grupo interno* de cada integrante. Se produce un encuentro, en un aquí y ahora grupal, de diferentes escenas, históricamente producidas.

Con la Teoría de Grupo Operativo se pretende y se produce el pasaje del grupo interno primario a un grupo interno secundario, aspectos que remiten a la relación grupo familiar – grupo operativo. Dicho de otra manera: distintos tipos de situaciones triangulares, dadas en el grupo operativo permiten al individuo ajustar el grupo interno primario y transformarlo en grupo interno secundario, que luego va a ser externalizado a través de nuevas conductas,

nuevos roles, nuevas expectativas, nuevos enunciados, que el individuo va a establecer en el grupo. Estas situaciones triangulares son las relaciones que se establecen entre los tres polos fundamentales, que son: el grupo-la tarea-el coordinador. De estas relaciones, el sujeto irá transformando las pautas que trajo por otras que le van sirviendo para resolver y abordar la tarea.

El concepto de tarea es central en la Concepción Operativa de Grupo, Suárez (2010), al respecto, señala que

La noción de tarea constituye un elemento diferenciador en relación a otros modelos de comprensión, teorización e intervención sobre los grupos. Constituye el eje alrededor del cual se articulan los elementos que nos permiten entender cómo se estructura un grupo, cómo se mueven los elementos de esa estructura, y cómo poder intervenir sobre ella. (p.6)

“La tarea explícita es el objetivo o finalidad del grupo y el contenido de la tarea latente es la resolución de los conflictos que aparecen durante el desenvolvimiento del grupo frente a ese objetivo y en su contexto” (Suárez, 2010, p. 5). Vico e Irazábal (1998) recuerdan que Pichon-Rivière define la noción de tarea del grupo operativo como “aprender a pensar” o “aprender a aprender”.

La Teoría de Grupo Operativo tiene como finalidad el cambio (Gear y Liendo, 1984). El grupo operativo tiende a destruir el estereotipo, esa conducta rígida con la cual cada uno nos enfrentamos a las distintas situaciones. La finalidad del grupo operativo será la movilización de estructuras estereotipadas, dificultades de aprendizaje y comunicación, debidas a la cantidad de ansiedades que despierta todo cambio y cuya manifestación exterior va a ser la resistencia al cambio.

La concepción operativa no habla de curación, señala que a través del proceso terapéutico grupal, habría una disminución de las ansiedades, que posibilitaría una mayor integración del

yo, una disminución de la culpa, de la inhibición y de los mecanismos de defensa, lo que favorecería el insight y el proceso de elaboración (Gómez, 1990). La curación hace referencia al cambio y a la transformación, Pichon-Rivière (1975) decía que no se trata de “curar”, sino de “resolver” los obstáculos que frenan el desarrollo del individuo en el grupo, e insistía en que el hombre no es comprensible por sí o en sí mismo, y que el estudio de su contexto social inmediato o mediato hace posible su comprensión y da las bases para el proceso terapéutico.

El aspecto terapéutico del Grupo Operativo podemos pensarlo en el sentido amplio y estricto del concepto, amplio por ser una reevaluación de lo vivido individual en el aquí-ahora del interactuar grupal con el trabajo, en lo estricto del término desde el instante que el sujeto corrige su visión de la realidad, en una experiencia en la cual él como sujeto aprende con otros una tarea específica, que luego le servirá como modelo en otras situaciones.

Respecto a **los psicoterapeutas**, las funciones del **coordinador** van a ser las de interpretar y señalar conductas, emociones y sentimientos que se ponen en juego en relación con la tarea en el aquí y ahora. Mostrará las situaciones dilemáticas, las disociaciones, signos de la resistencia al cambio en relación con el encuadre en un primer momento. Tiene como función unir el plano temático (lo verbal) con el plano dinámico (la emoción y la acción); interpretar las ansiedades de pérdida y ataque y su posición es de disociación instrumental (descentramiento, devolución de depositaciones). El coordinador va a proporcionar las condiciones para que el grupo trabaje pero tiene que saber esperar para que el grupo se proporcione las suficientes oportunidades como para realizar por sí mismo la tarea de pensar (Gear y Liendo, 1984). La labor del coordinador es siempre la de acompañar y la de solicitar (interpretando o señalando) al resto del grupo una cooperación para tratar tanto la “resistencia al cambio” como la aparición del “estereotipo” (Bauleo, Monserrat y Suárez, 2005). **El Observador** visualiza la relación grupo-coordinación, con mejor distancia óptima, supone un buen lugar de investigación, registra los emergentes y recoge la crónica del grupo.

La Teoría de Grupo Operativo incluye tres registros de trabajo: afecto, pensamiento y acción

y dos planos: el de la temática, extensión de temas que constituirán el armazón de la tarea y el de la dinámica en el cual la interrelación señalará el sentir que se moviliza en dicha temática.

Podríamos resumir **los objetivos de la psicoterapia grupal operativa** en: resolución de ansiedades; modificación de vínculos; ruptura de estereotipos; flexibilización de las técnicas adaptativas; adaptación activa a la realidad; disminución en las dificultades de la comunicación y el aprendizaje. **A través del** establecimiento de un encuadre; aquí y ahora grupal; verticalidad y horizontalidad y desarrollo de la tarea grupal.

3.6.- Instrumentos de evaluación.

- **Entrevista** semiabierta en la que se incluyen variables sociodemográficas y clínicas. Se ha elaborado un protocolo de recogida de información específico para estos pacientes, **Anexo I**. Se incluye una parte abierta en la que se concede importancia a la historia del sujeto.

- **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo – Spielberger State Trait Anxiety Inventory (STAI)** (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Cuestionario autoadministrado formado por dos escalas de 20 ítems cada una y con 4 opciones de respuesta por ítem. Evalúa dos dimensiones distintas de la ansiedad: ansiedad estado (tensión, nerviosismo y preocupación) y ansiedad rasgo (tendencia a percibir las situaciones como amenazantes). Se ha considerado la presencia de ansiedad rasgo y estado patológica cuando la puntuación obtenida es igual o mayor al percentil 75.

- **Inventario de Depresión de Beck – Beck Depression Inventory (BDI)** (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Cuestionario autoadministrado compuesto por 21 ítems con 4 opciones de respuesta cada uno. Evalúa la intensidad de los síntomas depresivos tanto a nivel cognitivo como físico, ofreciendo una puntuación global que es la medida de severidad de la sintomatología depresiva. Se ha considerado como punto de corte una puntuación mayor de 17.

- **Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)** (Burckhardt, Clark, Bennett, 1991). Es una herramienta específica y autoaplicada para medir el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes. Es un instrumento especialmente desarrollado para reflejar el estado de salud y cambios en el estado general de pacientes con FM a través del tiempo. Precisa unos 5 minutos para completar 10 cuestiones referentes a cuantificar incapacidad funcional, intensidad dolorosa, alteraciones del sueño, rigidez, ansiedad, depresión y percepción personal. Tiene una buena reproducibilidad, seguridad de funcionamiento y su contenido ha sido validado. Es útil para estudios longitudinales, fundamentalmente cuando se tasan distintas intervenciones o terapéuticas multidisciplinarias, mostrando correlación con los cambios sintomáticos percibidos (Dunkl, Taylor y McConnell, 2000). Cada uno de los 10 ítems tiene una puntuación máxima posible de 10, por lo que la puntuación máxima total es de 100. Las más altas puntuaciones indican un mayor grado de impacto de la enfermedad, que se considera severa a partir de una puntuación de 70 (Casanueva, 2007).

En el momento de comenzar nuestra investigación no existía una versión unificada y adaptada al FIQ en población española. El cuestionario que se utiliza en el hospital de Guadalajara se obtiene a partir de realizar varias traducciones del original, resolviéndose las diferencias por consenso aunque no se revisaron posteriormente por un traductor especialista. Tampoco se realizaron pruebas piloto con las versiones iniciales. A pesar de dichas limitaciones el cuestionario utilizado en nuestra investigación es muy similar al que en la actualidad se ha presentado como el mejor adaptado a la población española (Esteve Vivesa, Rivera Redondo, Salvat Salvat, de Gracia Blancod y Alegre de Miquel, 2007) y, aunque los autores advierten que su estudio no puede considerarse un estudio de validación en toda regla, consideran que el cuestionario propuesto puede ser de interés en la evaluación de pacientes con fibromialgia en España. En el **Anexo II** se muestra el cuestionario utilizado en nuestra investigación.

- **Nottingham Health Profile (NHP)** (Alonso, Prieto y Antón, 1994). Instrumento general para medir la calidad de vida a través de 6 dimensiones de salud: dolor, energía, reacciones emocionales, movilidad física, sueño y aislamiento social. La escala de puntuación va de 0 a

100, correspondiendo la puntuación más alta a una peor percepción de salud general. Se ha considerado la presencia de un estado de salud general negativo cuando la puntuación obtenida es mayor de 70.

- **Test de Rorschach.** Nos va a proporcionar la información sobre las características personales y variables situacionales que determinan el comportamiento y los procesos psicológicos y psicopatológicos de la persona. La codificación se realiza con el Sistema Comprensivo de Exner (Exner y Sendín, 1995, 1998; Exner 2003) Dentro de este sistema se obtienen unos determinantes e indicadores numéricos a partir de las respuestas del sujeto Exner y Sendín (1995).

- **Cuestionario de satisfacción con la terapia de grupo.** Es un instrumento elaborado por el equipo de trabajo para valorar diferentes aspectos de satisfacción con el tratamiento recibido. El motivo por el que se eligió este cuestionario en el diseño del estudio y no otros como el propuesto por Yalom (Cuestionario de factores curativos de Yalom) es su utilización para valorar los efectos de otras intervenciones grupales realizadas previamente por miembros del equipo terapéutico.

El cuestionario elaborado consta de 6 preguntas abiertas:

1.- ¿Qué contenidos de los que se han tratado en el grupo ha puesto en práctica y qué beneficios ha obtenido con ello?; 2.- Temas tratados en los grupos en los que le gustaría profundizar; 3.- Temas no tratados en el grupo en los que le gustaría profundizar; 4.- Qué opinión le merece el trabajo de grupo a lo largo de todo este tiempo 4.1.- Comentarios positivos 4.2.-Comentarios negativos; 5.- Beneficios que ha aportado en su vida diaria participar en este espacio grupal y 6.- Sugerencias. Al final se pregunta qué les ha parecido el grupo de psicoterapia con cinco respuestas: Muy bueno; Bueno; Regular; Malo y Muy Malo

3.7.- Características de la muestra.

Se trata de 207 sujetos diagnosticados de FM en la Sección de Reumatología del Hospital Universitario de Guadalajara siguiendo los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) y que han sido derivados al programa de atención psicológica y psiquiátrica de pacientes con FM que se desarrolla en el Servicio de Psiquiatría en el dispositivo de Interconsulta y Enlace.

Se derivan a todos los pacientes diagnosticados de FM en Reumatología y no sólo a los que tienen psicopatología, de este modo en la valoración de la psicopatología y factores psicológicos se evitan sesgos propios de otras investigaciones donde se analizan las características de pacientes atendidos en dispositivos de Salud Mental. Hay que tener en cuenta que los pacientes que tienen FM atendidos en consulta de Reumatología son, por lo general, más graves que aquellos sujetos atendidos en Atención Primaria. Los sujetos captados corresponden a los pacientes que acuden por primera vez al programa entre los años 2003 y 2008.

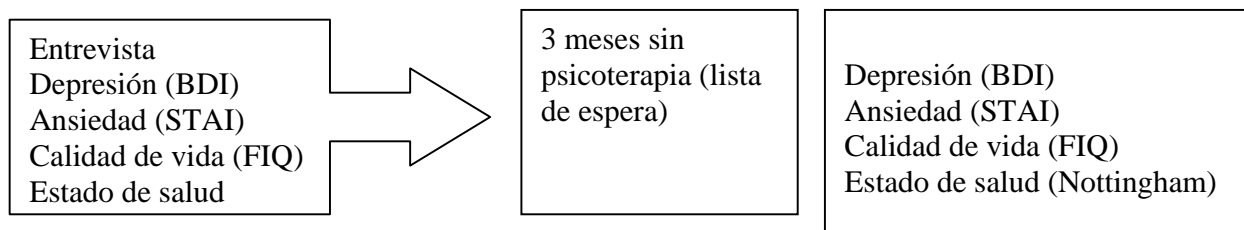
El grupo control de sujetos sanos, sin dolor crónico ni tratamiento psiquiátrico ni psicológico actual está compuesto por sujetos captados a través de conocidos, trabajadores del Hospital, la Biblioteca de Guadalajara, el Centro de Atención Primaria de Brihuega y una Asociación de mujeres de Madrid. Se estudia la presencia de Acontecimientos Vitales Estresantes, ansiedad (STAI), depresión (BDI), constelaciones y variables del test de Rorschach, impacto de la FM en la calidad de vida (FIQ) y calidad de vida- estado de salud general (Nottingham) de los sujetos con FM comparándolos con el grupo control de sujetos sanos. Ambos grupos son homogéneos en variables sociodemográficas (edad, sexo, lugar de residencia y nivel educativo). Las muestras las componen 73 sujetos con FM y 60 controles sanos.

El grupo control para evaluar la efectividad de la psicoterapia fue obtenido de la lista de espera. Como los sujetos tenían que esperar entre 2 y 4 meses hasta que iniciaran la

psicoterapia se les citaba en el momento de la derivación, se les pasaban los cuestionarios y se les volvía a citar tres meses después, tiempo que corresponde a la primera intervención grupal. En esta segunda cita se les volvía a administrar los cuestionarios y comenzaban la psicoterapia. De este modo teníamos una evaluación basal y otra a los tres meses, pudiéndose comparar con el grupo control solamente la primera intervención de 12 sesiones ya que por razones éticas y teniendo en cuenta que el dispositivo en el que se realiza la investigación es un Hospital, no se podía dejar más tiempo a los sujetos sin psicoterapia en aras de la investigación.

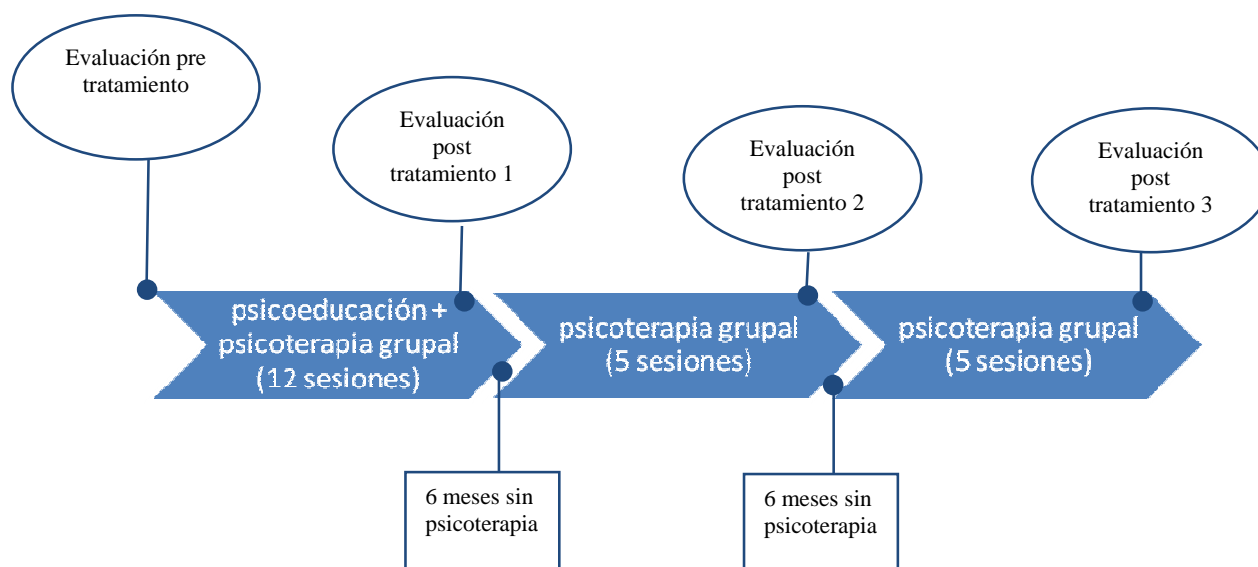
Somos conscientes de las limitaciones de dicho grupo pues los sujetos ya habían tomado contacto con la psicoterapeuta, sabían que iban a comenzar un tratamiento, aspecto que les podía tranquilizar y, además, la mayoría tenía o había tenido su primera entrevista poco antes con la psiquiatra del programa. A pesar de las limitaciones es importante poder tener un grupo control con el que comparar la intervención psicoterapéutica. Las pruebas que se administran para evaluar la eficacia de la primera intervención psicoterapéutica de 12 sesiones en el momento en el que el sujeto tiene el primer contacto y tres meses después sin haber realizado psicoterapia se muestran en el gráfico 2.

Gráfico 2.- Eficacia de la psicoterapia comparada con grupo control.



Los momentos que se utilizan para la evaluación de la psicoterapia se muestran en el gráfico 3.

Gráfico 3.- Momentos e instrumentos de la evaluación



3.8.- Análisis de datos.

Con la ayuda del paquete estadístico SPSS. 15.0 se realiza un estudio descriptivo con medias y desviaciones estándar además de medianas e intervalos intercuartiles de las diferentes variables estudiadas. Para la comparación de variables categóricas se realiza un test de chi cuadrado (realizándose la prueba exacta de Fisher o la corrección de Yates si fuera necesario). Para la comparación de variables cuantitativas se utiliza la T de Student o la técnica de ANOVA. Se utilizan test no paramétricos en caso de que las distribuciones no se ajustasen a una curva normal o que hubiera una gran heterocedasticidad. Se utiliza la regresión lineal utilizando como variable dependiente la psicopatología, calidad de vida o el estado de salud. Todos los test fueron de dos colas y se aceptó una significación estadística con una p menor de 0,05. Se realiza regresión logística multivariante.

Para evaluar la efectividad de la psicoterapia de grupo se realiza un estudio de intervención no aleatoria de cohorte única, longitudinal y prospectivo. Para la comparación de variables

cuantitativas se realiza una T de Student pareada y para variables categóricas Chi-cuadrado. Se realiza evaluación pre y post- psicoterapia mediante test de ansiedad (STAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Cuestionario de Impacto de la FM (FIQ), Cuestionario de Salud General (Nottingham) y test de Rorschach.

En cuanto a la evaluación de la mejoría con asociación estadísticamente significativa a través del test de Rorschach, para evaluar la mejoría en variables cuantitativas paramétricas pre y post psicoterapia se utiliza la Prueba T para muestras relacionadas. Para evaluar las variables no paramétricas se aplica la Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Para evaluar variables categóricas se utiliza Tablas de contingencia Chi cuadrado y prueba de McNemar (significación exacta bilateral)

Para estudiar la eficacia de un tratamiento psicoterapéutico grupal comparado con grupo control de lista de espera se realiza un estudio de intervención no aleatoria de cohortes prospectivo.

Para el análisis cualitativo de la valoración subjetiva de los pacientes (obtenido a través de una encuesta diseñada específicamente para dicha evaluación y de los emergentes grupales) así como de los procesos implicados en el tratamiento grupal se realiza un estudio descriptivo. Se analizan los resultados de la encuesta de satisfacción agrupando los resultados en base a los contenidos comunes. El estudio de los contenidos grupales se realiza a través de los registros de las sesiones grupales recogidos por un observador (psiquiatra del dispositivo de interconsulta y Enlace o Residentes de psicología clínica que rotan por el dispositivo).

PARTE EMPÍRICA

El investigador en el campo científico debe estar capacitado para no ser víctima de su ideología o de sus pensamientos previos.

Pichon-Rivière (1980)

CAPÍTULO IV

DESCRIPTIVOS

4.1.- Descriptivos de muestra

En primer lugar mostramos descriptivos de la muestra total de 207 sujetos que iniciaron el tratamiento de psicoterapia.

Posteriormente, al comparar la presencia de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE), depresión, ansiedad, test de Rorschach, calidad de vida y estado de salud general con un grupo de controles sanos, como no se ha captado una muestra de un número similar de sujetos se reflejan los descriptivos de un grupo de 73 sujetos con FM (obtenido al azar de la muestra total) y los descriptivos de un grupo de 60 sujetos sanos sin FM con los que se comparan.

Por último, al estudiar la eficacia de la psicoterapia se muestran los descriptivos de un grupo de 116 sujetos que han realizado psicoterapia con otro grupo de 91 sujetos de lista de espera. En ambos grupos se administran los cuestionarios STAI, BDI, FIQ y Nottingham. Los sujetos que realizan psicoterapia contestan los cuestionarios antes y después de la primera intervención de 3 meses y a los sujetos de lista de espera al acudir a la consulta y tres meses después sin haber realizado psicoterapia. En este caso se compara la eficacia de la primera intervención de 12 sesiones realizadas en tres meses.

4.1.1. Descriptivos de muestra que inicia psicoterapia (n=207).

Respecto a las variables sociodemográficas el 93,7% son mujeres. La edad media es de 45 años. En cuanto al estado civil el 77,8% están casadas, 8,2% solteros, 9,7% separados o divorciados y 4,3% viudos. En cuanto a los estudios el 35% tienen estudios primarios, el 25,2% EGB, el 16% BUP o bachiller superior, el 10,7% FP de primer grado, el 5,8% FP de segundo grado y el 7,2% tienen estudios universitarios. Y respecto al lugar de residencia el 57,6% vive en medio urbano.

Tabla 1.- Variables sociodemográficas (n=207)

Vv Sociodemográficas	Porcentajes
SEXO	Hombres (6,3%) Mujeres (93,7%).
EDAD MEDIA	45,3 (DS. 12,69) Mediana 46,75 (39,2-52,9)
ESTADO CIVIL	casados (77,8%) solteros (8,2%) divorciados (9,7%) viudos (4,3%).
MEDIO	Urbano (57,6%) Rural 42,4%
ESTUDIOS	estudios primarios (35%) EGB (25,2%) BUP o bachiller superior (16%) FP de 1º grado (10,7%) FP de 2º grado (5,8%) Universitarios (7,2%)

Tiempo de inicio del dolor. La mediana de tiempo desde que iniciaron la sintomatología dolorosa hasta el momento de la evaluación es de 7 años y desde que fueron diagnosticados de FM hasta el momento de la evaluación de 2 años. Siendo la mediana de 5 años y 6 meses entre el inicio del dolor y el diagnóstico de FM.

Respecto a las **variables laborales** el 15% son amas de casa, el 45,4% realiza trabajos no cualificados, el 29,5% trabajos cualificados, un 5,8% son autónomos y un 4,3% desarrolla puestos intermedios. El 41,5% de los pacientes están en activo (se incluye las amas de casa pues el criterio es que no tienen incapacidad). Hay que destacar que el 45,4% desarrollan trabajos para los que no se exige cualificación y que, en general, conllevan un esfuerzo físico importante (limpiadoras, auxiliares de clínica, peluqueras, etc).

En cuanto a la situación laboral el 42% de sujetos están en situación laboral activa (se incluye a las amas de casa), el 28% están en situación de Incapacidad laboral Transitoria, el 24% tienen otros tipos de incapacidad (permanente, total o absoluta) y el 5,8% están en paro. Llama la atención el elevado porcentaje de sujetos (52%) que se encuentran en situación de incapacidad. Un 31,4% de sujetos se encuentran en situación de litigio para solicitar una incapacidad.

Tabla 2.- Situación laboral (n=207)

Profesión •Ama de casa •Autónomo •Puestos intermedios •Cualificado •No cualificado	15 % 5,8% 4,3% 29,5% 45,4%
Situación Laboral •Activo: •ILT •IL Permanente •ILP Total: •ILP Absoluta •Paro	42% 28% 9% 11,3% 3,7% 5,8%
Litigio de incapacidad	64 (31,4 %).

Respecto a los **tratamientos psicológicos y psiquiátricos** previos El 36,1% de los sujetos recibió tratamiento psicológico en el pasado, siendo la modalidad de psicoterapia individual la más frecuente y el 57,2% tratamiento psiquiátrico. La duración media del tiempo de psicoterapia fue de 21 meses y del tratamiento psiquiátrico de 42 meses. Un total de 123 sujetos (60%) había recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. El 92% de los pacientes siguen tratamiento psicofarmacológico en la actualidad

El 61,9% tiene otras **enfermedades reumatológicas** en el momento de la evaluación.

En cuanto a la presencia de **Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE)** y siguiendo los criterios del eje IV del DSM-IV (*problemas psicosociales y ambientales*) (American Psychiatric Association, 1995) encontramos que un 44% de los sujetos (89 sujetos de 202 protocolos válidos) han tenido dichos **AVE en la infancia y adolescencia**.

Tabla 3. Problemas psicosociales y ambientales en infancia y adolescencia (DSM-IV) (n=207).

Grupo primario (enfermedad grave, fallecimiento, conflictos, maltrato, divorcio)	44 sujetos (21,8%)
ambiente social	5 sujetos (2,5 %)
enfermedades médicas	7 sujetos (3,5%)
problemas económicos	7 sujetos (3,5%)
Otros	4 sujetos (2%)
Dos o más	22 sujetos (10,9%)

De la totalidad de sujetos de nuestro estudio, han sufrido **maltrato en infancia y adolescencia** el 27,7% de sujetos. Se ha analizado el tipo de maltrato siguiendo las recomendaciones de Maltrato emitidas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en Documento de Consenso “*Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*” (2006), diferenciando la Tipología del maltrato en: *Maltrato físico por acción*: cualquier intervención, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en situación de grave riesgo de padecerlo. *Explotación laboral* utilización de niños para obtener beneficio, que implique explotación económica, y el desempeño de cualquier trabajo que entorpezca su educación, o ser nocivo para su salud o su desarrollo. *Maltrato emocional* toda acción, omisión o negligencia de carácter afectivo, capaz de originar cuadros psicológicos-psiquiátricos, por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño. *Abuso sexual*: implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto, siendo formas de abuso sexual *con contacto físico y sin contacto*.

Tabla 4. Maltrato en la infancia. (n=207)

Maltrato físico	Total 28 sujetos (50%)
Por acción	9 (16,1%)
Explotación laboral	19 (34%)
Maltrato emocional	Total 14 sujetos (25%)
Por omisión o negligencia	9 (16,1%)
Por acción	5 (8,9%)
Abuso sexual	Total 10 sujetos (17,8%)
Por acción con contacto físico	5 (8,9%)
Por acción sin contacto físico	5 (8,9%)
Dos o más tipos	Total 4 sujetos (7,1%)

Siguiendo con la presencia de **Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE)** según criterios del eje IV del DSM-IV (**problemas psicosociales y ambientales**) encontramos que un 52,2% de sujetos ha tenido dichos **AVE en la edad adulta**.

Tabla 5. Tipo problemas psicosociales y ambientales en la edad adulta (n=207)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no tiene	98	47,3	48,5	48,5
	relativos al grupo primario	60	29,0	29,7	78,2
	ambiente social	2	1,0	1,0	79,2
	laborales	5	2,4	2,5	81,7
	económicos	4	1,9	2,0	83,7
	otros	4	1,9	2,0	85,6
	diagnóstico médico	5	2,4	2,5	88,1
	dos o más	23	11,1	11,4	99,5
	Total	202	97,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	2,4		
Total		207	100,0		

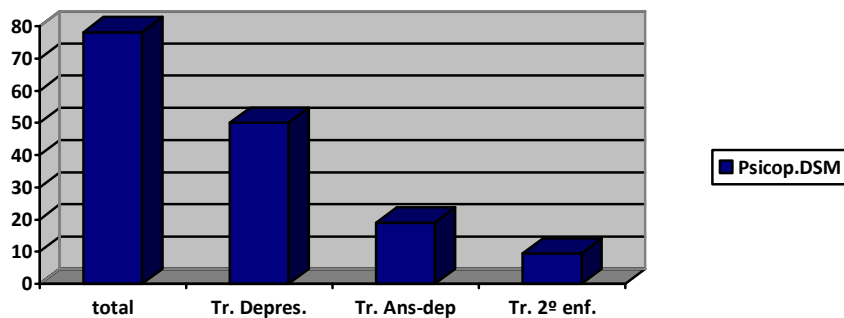
Por último, siguiendo con **Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE)** según criterios del eje IV del DSM-IV (**problemas psicosociales y ambientales**) encontramos que un 74,4% de sujetos han tenido dichos AVE en **el año previo al inicio del dolor** (no se incluye en esta categoría una

situación que el sujeto sufre de manera ininterrumpida a lo largo de su vida). Siguen siendo los relativos al grupo primario los más frecuentes.

Encontramos que el 30% de sujetos (63) ha tenido un estresor importante durante el tratamiento.

En cuanto a **los niveles de psicopatología**, según criterios **DSM-IV**, el 78,2% (151 sujetos de 193 estudiados) tienen psicopatología en el momento de la evaluación: 50% trastornos depresivos; 19% trastorno ansioso-depresivo y 9,5% trastorno ansioso – depresivo secundario a enfermedad orgánica.

Gráfico 4.- Psicopatología (DSM-IV) (n=207)



4.1.2.- Descriptivos de sujetos con FM (n=73) y controles sanos (n=60).

Tabla 6. Variables sociodemográficas (FM n=73 y controles sanos n=60)

Vv Sociodemográficas	FM	Controles sanos
SEXO	Hombres (8,2%) Mujeres (91,8%).	Hombres (16,7%) Mujeres (83,3%).
EDAD MEDIA	43,25 (DS. 8,46)	45,71 (DS. 11,22)
ESTADO CIVIL	casados (78,1%) solteros (12,3%) divorciados (9,5%)	casados (63,3%) solteros (25%) divorciados (10%) viudos (1,7%).
MEDIO	Urbano (73,6%) Rural (26,4%)	Urbano (61,7%) Rural (38,3%)
ESTUDIOS	Estudios primarios (15,1%) EGB (27,4%) BUP o bachiller superior (17,8 %) FP de 1º grado (12,3%) FP de 2º grado (6,8%) Universitarios (20,6%)	Estudios primarios (13,3%) EGB (25%) BUP o bachiller superior (13,3%) FP de 1º grado (6,7%) FP de 2º grado (5%) Universitarios (36,7%)

Tabla 7. Situación laboral (FM n=73 y controles sanos n=60)

Profesión •Ama de casa •Autónomo •Puestos intermedios •Cualificado •No cualificado	FM 12,3 % 5,5% 10,9% 35,6% 35,6 %	Sanos 18,3 % 5% 18,3% 33,3% 21,7%
Situación Laboral •Activo: •ILT •IL Permanente •ILP Total: •ILP Absoluta •Paro	39,7% 27,4% 11% 13,7% 4,1% 4,1%	83,3% 3,3% 0% 3,3% 1,7% 1,7%
Jubilación	0(0%)	3,3%
Litigio de incapacidad	22 (31 %).	0 (0 %)

En cuanto a la presencia de **Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE)** y siguiendo los criterios del eje IV del DSM-IV (*problemas psicosociales y ambientales*) encontramos que un 49,3% de los sujetos con FM han tenido dichos **AVE en la infancia y adolescencia** frente al 18,3 de los sujetos sanos.

Tabla 8. Problemas psicosociales y ambientales en infancia y adolescencia (DSM-IV) (FM n=73 y controles sanos n=60)

AVE infancia y adolescencia	FM (49,3%)	Controles sanos (18,3%)
Grupo primario (enfermedad grave, fallecimiento, conflictos, maltrato, divorcio)	22 sujetos (31%)	8 sujetos (13,3%)
ambiente social	2 sujetos (2,8 %)	2 sujetos (3,3 %)
enfermedades médicas	4 sujetos (5,6%)	
problemas económicos	1 sujeto (1,4%)	7 sujetos (3,5%)
Otros	2 sujetos (2,8%)	1 sujeto (1,7%)
Dos o más	4 sujetos (5,6%)	

Respecto a la experiencia de maltrato en la infancia, 18 sujetos con FM han sufrido dicha experiencia lo que supone un 25,4% frente a 7 sujetos del grupo de controles sanos, lo que supone un 11,7%.

Tabla 9. Tipo de maltrato (FM n=73 y controles sanos n=60)

Tipo de maltrato	FM. (25,4%)	Sanos. (11,7%)
Maltrato físico	Total 6 sujetos (27,3%)	Total 4 sujetos (57,2%)
Por acción	4 sujetos (18,2%)	2 sujetos (28,6%)
Explotación laboral	2 sujetos (9,1%)	2 sujetos (28,6%)
Maltrato emocional	Total 9 sujetos (40,9%)	Total 1 sujeto (14,3%)
Por omisión o negligencia	5 sujetos (22,7%)	
Por acción	4 sujetos (18,2%)	1 sujeto (14,3%)
Abuso sexual	Total 5 sujetos(22,7%)	Total 2 sujetos(28,6%)
Por acción con contacto físico	4 sujetos (18,2%)	
Por acción sin contacto físico	1 sujetos (4,5%)	2 sujetos (28,6%)
Dos o más tipos	Total 2 sujetos (9,1%)	

Respecto a los AVE en la edad adulta el 46,5% de los sujetos con FM han tenido esta experiencia frente al 18,3% de los sujetos del grupo control sano.

Tabla 10. AVE edad adulta (FM n=73 y controles sanos n=60)

AVE edad adulta	FM Total sujetos (46,5%)	Control Total Sujetos (18,3%)
Grupo primario (enfermedad grave, fallecimiento, conflictos, maltrato, divorcio)	19 sujetos (27,1%)	10 sujetos (16,9%)
ambiente social	1 sujeto (1,4 %)	0 sujetos (0 %)
enfermedades médicas	2 sujetos (2,9%)	1 sujetos (1,7%)
problemas económicos	1 sujeto (1,4%)	0 sujetos (0%)
Laborales	1 sujeto (1,4%)	0 sujetos (0%)
Otros	1 sujeto (1,4%)	0 sujetos (0%)

4.1.2.- Descriptivos de sujetos con FM que realizan psicoterapia (n=116) y grupo control de sujetos que no realizan psicoterapia (lista de espera) (n=91).

Tabla 11. Variables sociodemográficas (psicoterapia n=116 y control lista de espera n=91)

Vv Sociodemográficas	Grupo experimental (psicoterapia)	Grupo control (lista de espera)
SEXO	Hombres (5,2%) Mujeres (94,8%).	Hombres (7,7%) Mujeres (92,3%).
EDAD MEDIA	46 (DS 9,4)	46,34 (DS 8,9)
ESTADO CIVIL	casados (76,7%) solteros (9,5%) divorciados (7,7%)	casados (79,1%) solteros (6,6%) divorciados (12,1%) viudos (2,2%).
MEDIO	Urbano (54,4%) Rural (45,%)	Urbano (61,5%) Rural (38,5%)
ESTUDIOS	Estudios primarios (36,2%) EGB (24,1%) BUP o bachiller superior (16,1 %) FP de 1º grado (7,8%) FP de 2º grado (6%) Universitarios (6,9%)	Estudios primarios (30%) EGB (26,7%) BUP o bachiller superior (15,6%) FP de 1º grado (14,4%) FP de 2º grado (5,6%) Universitarios (7,8%)

Tabla 12. Situación laboral (psicoterapia n=116 y control lista de espera n=91)

Profesión	grupo experimental (psicoterapia)	Grupo control (lista de espera)
•Ama de casa		
•Autónomo	16,4 %	13,2 %
•Puestos intermedios	3,4%	8,8%
•Cualificado	2,8%	6,6%
•No cualificado	31%	27,5%
	46,6 %	44%
Situación Laboral		
•Activo:	44%	38,5%
•ILT	27,6%	28,6%
•IL Permanente	12,1%	4,4%
•ILP Total:	9,5%	13,2%
•ILP Absoluta	3,4%	3,3%
•Paro	2,6%	9,9%
Litigio de incapacidad	38 (33,6 %).	26 (28,6 %).

Tabla 13. Problemas psicosociales y ambientales en infancia y adolescencia (DSM-IV)
(psicoterapia n=116 y control lista de espera n=91)

AVE infancia y adolescencia	Grupo experimental (psicoterapia)(43,4%)	Grupo control (lista de espera) (40%)
Grupo primario (enfermedad grave, fallecimiento, conflictos, maltrato, divorcio)	35 sujetos (31,3%)	22 sujetos (24,4%)
ambiente social	2 sujetos (1,8 %)	3 sujetos (3,3 %)
enfermedades médicas	2 sujetos (1,8%)	4 sujetos (4,4%)
problemas económicos	1 sujeto (1,4%)	1 sujeto (1,1%)
Otros		3 sujetos (3,3%)
Dos o más	7 sujetos (6,3%)	4 sujetos (4,4%)

Respecto a la experiencia de maltrato en la infancia, 32 sujetos del grupo experimental han sufrido dicha experiencia lo que supone un 28,6% frente a 23 sujetos del grupo de controles sin psicoterapia, lo que supone un 25,6%.

Tabla 14. Tipo de maltrato (psicoterapia n=116 y control lista de espera n=91)

Tipo de maltrato	Grupo experimental (psicoterapia)	Grupo control (lista de espera)
Maltrato físico	Total 14 sujetos (42,4%)	Total 11 sujetos (42,3%)
Por acción	4 sujetos (12,1%)	5 sujetos (19,2%)
Explotación laboral	10 sujetos (30,33%)	6 sujetos (23,1%)
Maltrato emocional	Total 10 sujetos (30,3%)	Total 5 sujetos (19,2%)
Por omisión o negligencia	7 sujetos (21,2%)	2 sujetos (7,7%)
Por acción	3 sujetos (9,1%)	3 sujetos (11,5%)
Abuso sexual	Total 3 sujetos (9,1%)	Total 5 sujetos (19,2%)
Por acción con contacto físico	2 sujetos (6,1%)	4 sujetos (15,4%)
Por acción sin contacto físico	2 sujetos (6,1%)	1 sujeto (3,8%)
Dos o más tipos	Total 6 sujetos (18,2%)	Total 5 sujetos (19,2%)

Tabla 15. AVE edad adulta (psicoterapia n=116 y control lista de espera n=91).

AVE edad adulta.	Grupo experimental (psicoterapia) (40,2%)	Grupo control (lista de espera) (50%)
Grupo primario (enfermedad grave, fallecimiento, conflictos, maltrato, divorcio)	28 sujetos (25%)	30 sujetos (33,3%)
ambiente social	1 sujeto (0,9 %)	5 sujetos (2,5 %)
enfermedades médicas	3 sujetos (2,7%)	1 sujetos (1,1%)
problemas económicos	3 sujetos (2,7%)	1 sujetos (1,1%)
Laborales	3 sujetos (2,7%)	1 sujetos (1,1%)
Otros	2 sujetos (1,8%)	1 sujetos (1,1%)
Dos o más	7 sujetos (6,3%)	14 sujetos (15,6%)

Respecto a los AVE en el año previo 76 sujetos del grupo experimental que realiza la psicoterapia (67,3%) han tenido dichos AVE frente a 63 sujetos (70%) del grupo control de lista de espera.

Tabla 16. AVE año previo al dolor en el grupo con psicoterapia y sin psicoterapia

AVE año previo.	Grupo experimental (psicoterapia) (67,3%)	Grupo control (lista de espera) (70%)
Grupo primario (enfermedad grave, fallecimiento, conflictos, maltrato, divorcio)	37 sujetos (32,7%)	36 sujetos (40%)
ambiente social	2 sujetos (1,8 %)	2 sujetos (2,2 %)
enfermedades médicas	14 sujetos (12,4%)	7 sujetos (7,8%)
problemas económicos	2 sujetos (1,8%)	1 sujeto (1,1%)
Laborales	6 sujeto (5,3%)	4 sujetos (4,4%)
Otros	4 sujetos (3,5%)	5 sujetos (5,6%)
Dos o más	10 sujetos (8,8%)	8 sujetos (8,9%)

4.2.- Descriptivos de instrumentos.

4.2.1. Descriptivos de instrumentos de la muestra que inicia psicoterapia (n=207).

Respecto a las puntuaciones que obtuvieron los sujetos en el **Inventario de depresión de Beck (BDI)**, considerando como patología una puntuación > 17, observamos que el 61% de nuestros sujetos tienen síntomas compatibles con depresión según dicho cuestionario. Los niveles de severidad según el BDI se muestran en la tabla 17.

Tabla 17. Niveles de severidad BDI (n=207)

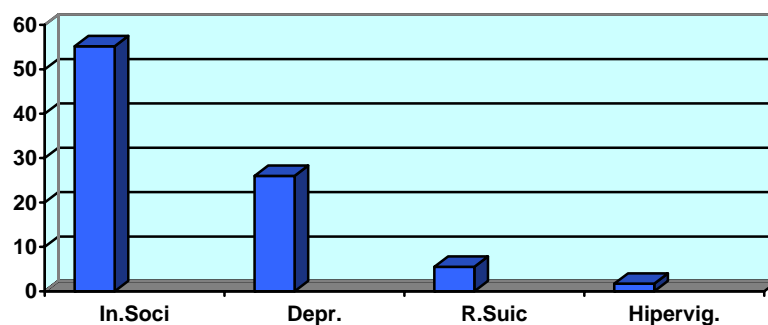
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	28	13,5	14	14
	Límite	30	14,5	15	29,0
	Suave	37	17,9	18,5	47,5
	Moderado	80	38,6	40,0	87,5
	Severo	24	11,6	12,0	99,5
	muy severo	1	0,5	0,5	100,0
	Total	200	96,6	100,0	
Perdidos sistema		7	3,4		
Total		207	100,0		

Respecto a las puntuaciones que obtuvieron los sujetos en el Inventario de Ansiedad STAI (patología igual o mayor del percentil 75) el 70% de sujetos presentan ansiedad rasgo patológico y el 64% ansiedad estado.

Respecto **al test de Rorschach** se calculan las puntuaciones medias de todas las variables valoradas por el Rorschach en el grupo de sujetos con FM. Debido a la extensión de la tabla y para facilitar la lectura de los resultados, dichos resultados se muestran en la **tabla 1 del Anexo III**.

Se calculan las **constelaciones positivas test de Rorschach** (n=181) obteniendo que 47 sujetos presentan índice de depresión (DEPI) (26%); 100 pacientes (55,2%) tienen positiva la Constelación de Inhabilidad Social; 10 sujetos (5,5%) dan positiva la constelación suicidio; 3 (1,7%) índice de hipervigilancia; 2 (1%) trastorno perceptivo y ningún paciente presenta positiva la constelación de obsesividad.

Gráfico 5.- Constelaciones test de Rorschach.

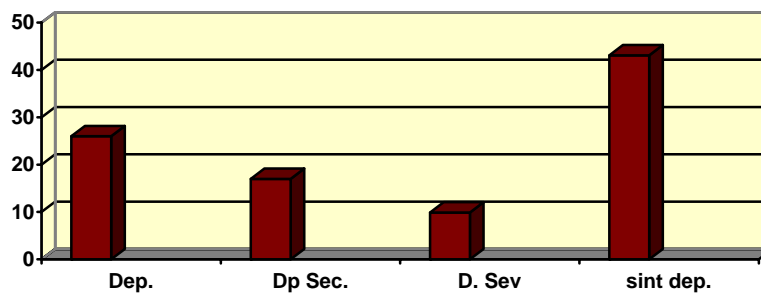


Una desventaja de la investigación cuantitativa es que se pierde información cualitativamente interesante. Al intentar hacer relaciones más finas las muestras se van reduciendo por lo que los resultados no son significativos, aunque desde la observación clínica si se aprecien diferencias y matices interesantes. Para evitar esa dificultad hemos creado una categoría, un tanto artificial, pero que refleja características observadas en nuestros pacientes y que creemos conveniente investigar para delinear intervenciones más eficaces. Dicha categoría estaría formada por los sujetos que tienen positiva la constelación de Inhabilidad Social y 4

ítems de la Constelación de Depresión, son sujetos que no tienen depresión según los criterios del test de Rorschach pero sí presentan síntomas o malestar depresivo que puede estar relacionado con las dificultades interpersonales o Inhabilidad Social. Hemos llamado a esta categoría **malestar depresivo relacionado con Inhabilidad Social**.

Incluyendo esta nueva categoría hemos analizado más detalladamente los sujetos que tienen depresión según el test de Rorschach y encontramos que de las 181 personas con FM estudiadas con el test de Rorschach, 47 sujetos presentan índice de depresión (DEPI) (26%); 31 (17,1%) tienen malestar depresivo relacionado con las dificultades interpersonales y al sumar las dos categorías diagnósticas encontramos que 78 sujetos (43,1%) tienen síntomas depresivos importantes. Respecto a los sujetos que tienen depresión siguiendo criterios del test de Rorschach encontramos que 18 (9,9%) tienen depresión severa y en 31 (17%) la depresión probablemente es secundaria a Inhabilidad Social.

Gráfico 6.- Depresión test de Rorschach.



En cuanto a las características de personalidad psicósomática, evaluadas a través del test de Rorschach, Martín (2008) propone unos indicadores evaluables en este test que son traducibles en rasgos que intervienen con peso específico, tanto en positivo como en negativo, en el concepto de mentalización, desde sus vertientes cognitiva, afectiva, defensiva e interrelacional. El autor busca relaciones entre el test de Rorschach y la Clasificación psicósomática de Marty. Los resultados ofrecidos a través de dicha investigación se realizan en muestra española (Madrid. Hospital Doce de Octubre).

Para poder realizar mejor los análisis estadísticos hemos diferenciado las tres categorías propuestas por Martín (mala mentalización, mentalización media y buena mentalización) en dos categorías: mala mentalización frente a no tener una mala mentalización que incluiría tener media o buena mentalización.

Tabla 18.-Indicadores de buena y mala mentalización en el test de Rorschach (Martín, 2008)

Criterios clínicos	Buena Mentalización y Mentalización Media	Mala Mentalización
Capacidad productiva	$R > 17$	$R < 17$
Capacidad para usar símbolos y representaciones en el marco de una actividad creadora y de introspección	$M > 1$	$M < 2$
Capacidad para activar representaciones mentales ante la aparición de las pulsiones y de las necesidades creadas por éstas	$FM > 2$	$FM < 3$
Pérdida de control que puede alterar o interrumpir los procesos de pensamiento. Procesos inconscientes de tensión intrapsíquica	$m (0-1)$	$m > 1$
Tendencia a la actividad o a la pasividad en el afrontamiento de los problemas y en las relaciones interpersonales	$a \geq p$	$a < p$
Representaciones internas del elemento humano	$H > 1$	$H < 2$
Mide el riesgo de sufrir episodios de desorganización como consecuencia de estímulos disruptivos internos	$\text{Sum } C' (0-1-2)$	$\text{Sum } C' > 2$
Indica la necesidad de cercanía y contacto o el grado de malestar que experimenta un sujeto cuando registra esta necesidad y no la ha resuelto	$T \geq 1$	$T = 0$
Registro de ansiedades difusas no ligadas que genera sentimientos de indefensión y desvalimiento	$Y (1-2-3)$	$Y = 0; \text{ ó } > 3$
Percepción del entorno interpersonal	$\text{Aislamiento} < 0,33\%$	$\text{Aislamiento} > 0,33\%$
Autocentramiento y autoestima	$\text{Egoc.} (0-0,46)$	$\text{Egoc} > 0,46$
En un extremo, nos informa sobre su capacidad de autonomía, independencia y autoafirmación; en otro,	$S (0-4)$	$S > 4$

sobre actitudes caracteriales y rígidas en relación a un mal manejo de la hostilidad		
Corresponde a representaciones corporales con una carga emocionalmente disruptiva	An+Xy (0-3)	An+Xy>3
Potencial de recursos organizados disponibles para iniciar conductas deliberadas (capacidad para pensar antes de actuar)	EA (4-6)y >6	EA<4
Déficit en la capacidad de expresión de los estados de necesidad y de introspección. O bien, desbordamiento de éstos por impactos traumáticos	es (2-12)	es<2 es>12
Estas respuestas están directamente relacionadas con conductas dependientes y regresiones pasivas	Fd (0-1)	Fd>1
Tendencia a establecer vínculos positivos o dificultad para ello	COP>0	COP=0
Denuncia la existencia de cierta rigidez en los procesos cognitivos	PSV (0-2)	PSV>2
Eficacia del esfuerzo organizador e interés por captar o no el entorno	Zd(de -3 a +3) y >3	Zd<-3
Calidad de las representaciones del elemento humano	GHR>=PHR	GHR<PHR
Nivel de dificultad para enfrentarse eficazmente a las demandas comunes de su entorno social	CDI(0-4)	CDI>4

Tabla 19.- Resultados de los indicadores de capacidad de mentalización en la muestra de pacientes con FM (n=180).

Criterios clínicos	Buena/media mentalización	Mala mentalización
Capacidad productiva (R)	101 sujetos (56,1%)	79 sujetos (43,9%)
Capacidad para usar símbolos y representaciones en el marco de una actividad creadora y de introspección (M)	105 sujetos (58,3%)	75 sujetos (41,7%)
Indica la capacidad para activar representaciones mentales ante la aparición de las pulsiones y de las necesidades creadas por éstas (FM)	102 sujetos (56,7%)	78 sujetos(43,3%)
Pérdida de control que puede alterar o interrumpir los procesos de pensamiento . Procesos inconscientes de tensión intrapsíquica (m)	111 sujetos (61,7%)	69 (38,3%)
Tendencia a la actividad o a la pasividad en el afrontamiento de los problemas y en las relaciones interpersonales (a/p)	114 sujetos (63,3%)	66 sujetos (36,7%)
Representaciones internas del elemento humano (H)	71 sujetos (39,4%)	109 sujetos (60,6%)
Mide el riesgo de sufrir episodios de desorganización como consecuencia de estímulos disruptivos internos (Sum C')	129 sujetos (72,1%)	50 sujetos (27,9%)
Indica la necesidad de cercanía y contacto o el grado de malestar que experimenta un sujeto cuando registra esta necesidad y no la ha resuelto (T)	72 sujetos (34,8%)	135 sujetos (65,2%)
Registro de ansiedades difusas no ligadas que genera sentimientos de indefensión y desvalimiento (Y)	89 sujetos (43%)	118 sujetos (57%)
Percepción del entorno interpersonal (Aislamiento)	154 sujetos (85,6%)	26 sujetos (14%)
En un extremo, nos informa sobre su capacidad de autonomía, independencia y autoafirmación; en otro, sobre actitudes caracteriales y rígidas en	171 sujetos (95%)	9 sujetos (5%)

relación a un mal manejo de la hostilidad (S)		
Corresponde a representaciones corporales con una carga emocionalmente disruptiva (An+Xy)	132 sujetos (73,3%)	48 sujetos (26,7%)
Potencial de recursos organizados disponibles para iniciar conductas deliberadas (capacidad para pensar antes de actuar) (EA)	92 sujetos (51,1%)	88 sujetos (48,9%)
Déficit en la capacidad de expresión de los estados de necesidad y de introspección. O bien, desbordamiento de éstos por impactos traumáticos (es)	131 sujetos (63,3%)	76 sujetos (36,7%)
Estas respuestas están directamente relacionadas con conductas dependientes y regresiones pasivas (Fd)	124 sujetos (69,3%)	55 sujetos (30,7%)
Tendencia a establecer vínculos positivos o dificultad para ello (COP)	88 sujetos (49,7%)	89 sujetos (50,3%)
Denuncia la existencia de cierta rigidez en los procesos cognitivos (PSV)	178 sujetos (98,9%)	2 sujetos (1,1%)
Eficacia del esfuerzo organizador e interés por captar o no el entorno (Zd)	143 sujetos (79,9%)	36 sujetos (20,1%)
Calidad de las representaciones del elemento humano (GHR/PHR)	109 sujetos (60,9%)	70 sujetos (39,1%)
Nivel de dificultad para enfrentarse eficazmente a las demandas comunes de su entorno social (CDI)	81 sujetos (44,8%)	100sujetos (55,2%)

Respecto al Impacto de la FM en la calidad de vida, valorado a través del FIQ. La mediana del FIQ en nuestra muestra de pacientes es de 72,37 IIQ (59,18-83,32) y la Media 69,81, DS:17,55. En la tabla 20 se muestran las puntuaciones medias y desviaciones típicas de todas las escalas.

Tabla 20.- Descriptivos de la calidad de vida (FIQ)

FIQ total	Mediana 72,37 (IIQ 59,18-83,32) Media 69,81,DS:17,55
FIQ1 frecuencia actividades de la vida diaria	Media: 4,69, DS: 2,35
FIQ 2 percepción de bienestar.	Media: 7,99, DS: 2,59.
FIQ 3 frecuencia actividades de la vida diaria	Media: 5,02, DS: 4,15
FIQ 4 dificultad para realizar las actividades de la vida diaria	Media: 7,60, DS: 2,01
FIQ 5 Intensidad dolor	Media :7,59, DS:1,83
FIQ 6 Cansancio/ Fatiga	Media: 8,26, DS:1,78
FIQ 7 Cansancio	Media: 8,4 , DS :2,17
FIQ 8 Rigidez	Media: 7,45, DS:2,23
FIQ 9 Ansiedad	Media: 6,64, DS: 2,91
FIQ 10 Depresión	Media: 6,34, DS: 3,01

Nuestros pacientes tienen puntuaciones muy altas en el FIQ, hemos considerado que una puntuación por encima de 70 corresponde con una afectación de la calidad de vida muy severa y encontramos en el 54,7% de sujetos puntuaciones superiores a 70. Es importante destacar que el 41,55% de los pacientes (86 sujetos) han tenido puntuaciones en el FIQ iguales o superiores a 75.

Respecto al **estado general de salud**, valorado a través del Nottingham, la afectación es severa con una Mediana 63,08 IIQ (53-76).

Tabla 21.- Descriptivos del estado de salud general (Nottingham)

Nottingham total	Mediana 63 (IIQ 53-76)
Movilidad física	Media: 57,32; DS: 17,99
Dolor	Media:88,50; DS: 14,14
Sueño	Media: 70,89; DS: 28,84
Aislamiento social	Media 30,62; DS: 31,52
Reacciones emocionales	Media 57; DS 28,69
Nivel de energía	Mediana 81,07; DS: 29,98

Es importante destacar que el 38,1% tiene puntuaciones superiores a 70 y el 25,9% de los pacientes (54 sujetos) han tenido puntuaciones en el Nottingham iguales o superiores a 75 y, en cuanto a las dimensiones, es muy importante señalar que el 47% de los sujetos han dado la máxima puntuación en dolor y el 33% en trastorno del sueño.

4.2.2. Descriptivos de instrumentos de las dos muestras en las que se comparan sujetos con FM (n=73) y controles sanos (n=60).

4.2.2.1.- Descriptivos de instrumentos de la muestra de sujetos con FM (comparación FM y controles sanos)

Respecto a las puntuaciones que obtuvieron en el **Inventario de depresión de Beck (BDI)**, considerando como patología una puntuación > 17, observamos que el 61,4% de nuestros sujetos tienen síntomas compatibles con depresión según dicho cuestionario. Los niveles de severidad según el BDI se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Niveles de severidad BDI grupo con FM (n=73)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nada	8	11,0	11,4	11,4
	limite	11	15,1	15,7	27,1
	suave	15	20,5	21,4	48,6
	moderado	25	34,2	35,7	84,3
	severo	10	13,7	14,3	98,6
	muy severo	1	1,4	1,4	100,0
	Total	70	95,9	100,0	
Perdidos	Sistema	3	4,1		
Total		73	100,0		

Respecto a las puntuaciones en el Inventario de Ansiedad STAI (patología igual o mayor del percentil 75) el 71,8% de sujetos presentan ansiedad rasgo patológico y el 66,2% ansiedad estado.

En cuanto a los resultados del test de Rorschach, las puntuaciones medias de todas las variables y debido a su extensión se muestran en la **tabla 2** del **Anexo III**, para facilitar la lectura de los resultados como dijimos anteriormente.

Se calculan las **constelaciones positivas test de Rorschach** (n=66) obteniendo que 17 sujetos presentan índice de depresión (DEPI) (25,8%); 33 pacientes (50%) tienen positiva la Constelación de Inhabilidad Social; 2 sujetos (3%) dan positiva la constelación suicidio; 2 (3%) índice de hipervigilancia; ningún sujeto da positiva la constelación de trastorno perceptivo y ningún paciente presenta positiva la constelación de obsesividad. Respecto a la depresión valorada por el test de Rorschach, como dijimos previamente, también se calcula el porcentaje de sujetos que tienen depresión secundaria a Inhabilidad social (DEPI + CDI) encontrando que el 20% de sujetos presentan positivas ambas constelaciones. Además el 21,2% de los sujetos presentan la constelación de inhabilidad Social (CDI) positiva y además 4 ítems en la constelación de depresión, considerando que ambas condiciones suponen un malestar depresivo que hay que tener en cuenta de cara a la intervención psicoterapéutica. Si tenemos en cuenta todos los resultados encontramos que el 45% de los sujetos tienen depresión o síntomas depresivos importantes.

En cuanto a las características de personalidad psicósomática, evaluadas a través del test de Rorschach, Martín (2008), los resultados se muestran en la tabla 23.

Tabla 23.-Indicadores de buena y mala mentalización en el test de Rorschach. Grupo con FM (n=66) (comparación FM con controles sanos)

criterios clínicos	Buena/media mentalización	Mala mentalización
Capacidad productiva (R)	43 sujetos (66,2%)	22 sujetos (33,8%)
Capacidad para usar símbolos y representaciones en el marco de una actividad creadora y de introspección (M)	41 sujetos (62,1%)	25 sujetos (37,9%)
Indica la capacidad para activar representaciones mentales ante la aparición de las pulsiones y de las necesidades creadas por éstas (FM)	36 sujetos (55,4%)	29 sujetos(44,6%)
Pérdida de control que puede alterar o interrumpir los procesos de pensamiento . Procesos inconscientes de tensión intrapsíquica (m)	44 sujetos (67,7%)	21 (32,3%)
Tendencia a la actividad o a la pasividad en el afrontamiento de los problemas y en las relaciones interpersonales (a/p)	40 sujetos (61,5%)	25 sujetos (38,5%)
Representaciones internas del elemento humano (H)	30 sujetos (46,2%)	35 sujetos (53,8%)
Mide el riesgo de sufrir episodios de desorganización como consecuencia de estímulos disruptivos internos (Sum C')	42 sujetos (64,6%)	23 sujetos (35,4%)
Indica la necesidad de cercanía y contacto o el grado de malestar que experimenta un sujeto cuando registra esta necesidad y no la ha resuelto (T)	20 sujetos (30,8%)	45 sujetos (69,2%)
Registro de ansiedades difusas no ligadas que genera sentimientos de indefensión y desvalimiento (Y)	26 sujetos (40%)	39 sujetos (60%)
Percepción del entorno interpersonal (Aislamiento)	59 sujetos (89,2%)	7 sujetos (10,8%)
En un extremo, nos informa sobre su capacidad de autonomía, independencia y	60 sujetos (89,6%)	7 sujetos (10,4%)

autoafirmación; en otro, sobre actitudes caracteriales y rígidas en relación a un mal manejo de la hostilidad (S)		
Corresponde a representaciones corporales con una carga emocionalmente disruptiva (An+Xy)	46 sujetos (70,8%)	19 sujetos (29,2%)
Potencial de recursos organizados disponibles para iniciar conductas deliberadas (capacidad para pensar antes de actuar) (EA)	32 sujetos (49,2%)	33 sujetos (50,8%)
Déficit en la capacidad de expresión de los estados de necesidad y de introspección. O bien, desbordamiento de éstos por impactos traumáticos (es)	43 sujetos (60,6%)	28 sujetos (39,4%)
Estas respuestas están directamente relacionadas con conductas dependientes y regresiones pasivas (Fd)	44 sujetos (67,7%)	21 sujetos (32,3%)
Tendencia a establecer vínculos positivos o dificultad para ello (COP)	36 sujetos (54,5%)	30 sujetos (45,5%)
Denuncia la existencia de cierta rigidez en los procesos cognitivos (PSV)	62 sujetos (95,4%)	3 sujetos (4,6%)
Eficacia del esfuerzo organizador e interés por captar o no el entorno (Zd)	49 sujetos (74,2%)	17 sujetos (25,8%)
Calidad de las representaciones del elemento humano (GHR/PHR)	39 sujetos (59,1%)	27 sujetos (40,9%)
Nivel de dificultad para enfrentarse eficazmente a las demandas comunes de su entorno social (CDI)	33 sujetos (50%)	33 sujetos (50%)

Tabla 24.- Descriptivos de la calidad de vida (FIQ) Grupo con FM (n=73) (comparación FM con controles sanos)

FIQ	FM
FIQ total	Mediana 72,12 (IIQ 62,57-82,80) Media 71, DS:15,16
FIQ1 frecuencia actividades de la vida diaria	Media: 5; DS: 2,28
FIQ 2 percepción de bienestar.	Media: 7,94, DS: 2,27.
FIQ 3 frecuencia actividades de la vida diaria	Media: 5,36; DS: 4,13
FIQ 4 dificultad para realizar las actividades de la vida diaria	Media: 7,68; DS: 1,84
FIQ 5 Intensidad dolor	Media :7,55; DS:1,73
FIQ 6 Cansancio/ Fatiga	Media: 8,51; DS:1,58
FIQ 7 Cansancio	Media: 8,30; DS : 1,79
FIQ 8 Rigidez	Media: 7,42; DS:2,13
FIQ 9 Ansiedad	Media: 6,79, DS: 2,70
FIQ 10 Depresión	Media: 6,07; DS: 2,95

Tabla 25.- Descriptivos del estado de salud general (Nottingham). Grupo con FM (n=73) (comparación FM con controles sanos)

Nottingham	FM
Nottingham total	Mediana 66 (IIQ 53-74) Media 63,46; DS: 16,11
Movilidad física	Media: 57,07; DS: 16,85
Dolor	Media: 87,11; DS: 15,11.
Sueño	Media: 66,94; DS: 27,71.
Aislamiento social	Media 28,42; DS: 29,50.
Reacciones emocionales	Media 58,76; DS 27,97.
Nivel de energía	Media 85,65; DS: 26,77.

4.2.2.2.- Descriptivos de instrumentos del grupo control de sujetos sanos (n=60) (comparación FM y controles sanos)

Respecto a las puntuaciones que obtuvieron los sujetos del grupo control sano en **el Inventario de depresión de Beck (BDI)**, considerando como patología una puntuación > 17, observamos que el 3,5% de nuestros sujetos tienen síntomas compatibles con depresión según dicho cuestionario. Los niveles de severidad según el BDI se muestran en la tabla 28.

Tabla 26. Niveles de severidad BDI grupo control sano (n=60) (comparación FM con controles sanos)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nada	50	83,3	87,7	87,7
	limite	2	3,3	3,5	91,2
	suave	5	8,3	8,8	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,0		
Total		60	100,0		

Respecto a las puntuaciones en el Inventario de Ansiedad STAI (patología igual o mayor del percentil 75) el 2,4% de sujetos presentan ansiedad rasgo patológico y el 5,2% ansiedad estado.

Los resultados del test de Rorschach (N=49) se muestran en la tabla 3, **Anexo III.**

Se calculan las **constelaciones positivas test de Rorschach** (n=49) obteniendo que 4 sujetos presentan índice de depresión (DEPI) (8,2%); 15 pacientes (30,6%) tienen positiva la Constelación de Inhabilidad Social; ningún sujeto tiene dan positiva la constelación suicidio; 1 (2%) índice de hipervigilancia; ningún sujeto da positiva la constelación de trastorno perceptivo y ningún paciente presenta positiva la constelación de obsesividad. Respecto a la depresión valorada por el test de Rorschach (DEPI), como dijimos previamente, también se calcula el porcentaje de sujetos que tienen depresión secundaria a Inhabilidad social (CDI) es decir DEPI + CDI, encontrando que el ningún sujeto presenta positivas ambas constelaciones. Tampoco presenta ningún sujeto la constelación de inhabilidad Social(CDI) positiva y además 4 ítems en

la constelación de depresión, considerando que ambas condiciones suponen un malestar depresivo que hay que tener en cuenta de cara a la intervención psicoterapéutica.

En cuanto a las características de personalidad psicósomática, evaluadas a través del test de Rorschach (Martín, 2008), los resultados se muestran en la tabla 27.

Tabla 27. Indicadores de buena y mala mentalización en el test de Rorschach (Martín, 2008), grupo control sano (n=60) (comparación FM con controles sanos)

Criterios clínicos	Buena/media mentalización	Mala mentalización
Capacidad productiva (R)	20 sujetos (40,8%)	29 sujetos (59,2%)
Capacidad para usar símbolos y representaciones en el marco de una actividad creadora y de introspección (M)	35 sujetos (71,4%)	14 sujetos (28,6%)
Indica la capacidad para activar representaciones mentales ante la aparición de las pulsiones y de las necesidades creadas por éstas (FM)	27 sujetos (55,1%)	22 sujetos (44,9%)
Pérdida de control que puede alterar o interrumpir los procesos de pensamiento . Procesos inconscientes de tensión intrapsíquica (m)	35 sujetos (71,4%)	14 (28,6%)
Tendencia a la actividad o a la pasividad en el afrontamiento de los problemas y en las relaciones interpersonales (a/p)	41 sujetos (83,7%)	8 sujetos (16,3%)
Representaciones internas del elemento humano (H)	29 sujetos (59,2%)	20 sujetos (40,8%)
Mide el riesgo de sufrir episodios de desorganización como consecuencia de estímulos disruptivos internos (Sum C')	28 sujetos (57,1%)	21 sujetos (42,9%)
Indica la necesidad de cercanía y contacto o el grado de malestar que experimenta un sujeto cuando registra esta necesidad y no la ha resuelto (T)	16 sujetos (29,1%)	39 sujetos (70,9%)
Registro de ansiedades difusas no ligadas que	236 sujetos (65,5%)	19 sujetos (34,5%)

genera sentimientos de indefensión y desvalimiento (Y)		
Percepción del entorno interpersonal (Aislamiento)	42 sujetos (85,7%)	7 sujetos (14,3%)
En un extremo, nos informa sobre su capacidad de autonomía, independencia y autoafirmación; en otro, sobre actitudes caracteriales y rígidas en relación a un mal manejo de la hostilidad (S)	49 sujetos (100%)	0 sujetos (0%)
Corresponde a representaciones corporales con una carga emocionalmente disruptiva (An+Xy)	45 sujetos (91,8%)	4 sujetos (8,2%)
Potencial de recursos organizados disponibles para iniciar conductas deliberadas (capacidad para pensar antes de actuar) (EA)	26 sujetos (53,1%)	23 sujetos (46,9%)
Déficit en la capacidad de expresión de los estados de necesidad y de introspección. O bien, desbordamiento de éstos por impactos traumáticos (es)	45 sujetos (81,8%)	10 sujetos (18,2%)
Estas respuestas están directamente relacionadas con conductas dependientes y regresiones pasivas (Fd)	44 sujetos (89,8%)	5 sujetos (32,3%)
Tendencia a establecer vínculos positivos o dificultad para ello (COP)	32 sujetos (65,3%)	17 sujetos (34,7%)
Denuncia la existencia de cierta rigidez en los procesos cognitivos (PSV)	49 sujetos (100%)	0 sujetos (0%)
Eficacia del esfuerzo organizador e interés por captar o no el entorno (Zd)	41 sujetos (83,7%)	8 sujetos (16,3%)
Calidad de las representaciones del elemento humano (GHR/PHR)	42 sujetos (85,7%)	7 sujetos (14,3%)
Nivel de dificultad para enfrentarse eficazmente a las demandas comunes de su entorno social (CDI)	34 sujetos (69,4%)	15 sujetos (30,6%)
Egocentrismo	39 sujetos (79,6%)	10 sujetos (20,4%)

Tabla 28. Descriptivos de la calidad de vida (FIQ), grupo control sano (n=60) (comparación FM con controles sanos).

FIQ	Grupo control sanos
FIQ total	Mediana 4 (IIQ 0,99-10,24) Media 9,09, DS:13,89.
FIQ1 frecuencia actividades de la vida diaria	Media: 0,42; DS: 0,99
FIQ 2 percepción de bienestar.	Media: 0,99; DS: 1,97
FIQ 3 frecuencia actividades de la vida diaria	Media: 0,12; DS: 0,78
FIQ 4 dificultad para realizar las actividades de la vida diaria	Media: 0,67, DS: 1,88
FIQ 5 Intensidad dolor	Media :1,02, DS:2,48
FIQ 6 Cansancio/ Fatiga	Media: 1,49; DS:2,18
FIQ 7 Cansancio	Media: 1,49; DS :2,59
FIQ 8 Rigidez	Media: 0,74, DS:2,01
FIQ 9 Ansiedad	Media: 1,19; DS: 2,03
FIQ 10 Depresión	Media: 0,93; DS: 1,99

Tabla 29. Descriptivos del estado de salud general (Nottingham), grupo control sano (n=60) (comparación FM con controles sanos).

Nottingham	Grupo control sanos
Nottingham total	Mediana 10 (IIQ 0,00-13) Media 10,09; DS: 13,33
Movilidad física	Media: 8,10; DS: 14,68
Dolor	Media:9,36; DS: 21,46
Sueño	Media: 12,83; DS: 21,05
Aislamiento social	Media 2,10; DS: 7,18
Reacciones emocionales	Media 9,36; DS: 16,88
Nivel de energía	Media 6,38; DS: 21,13

4.2.3- Descriptivos de instrumentos con FM que realizan psicoterapia (n=116) y grupo control de sujetos que no realizan psicoterapia (lista de espera) (n=91).

4.2.3.1.- Descriptivos de instrumentos de sujetos con FM (n=116) que realiza psicoterapia (comparación con grupo control lista de espera).

Respecto a las puntuaciones que obtuvieron los sujetos en el **Inventario de depresión de Beck (BDI)**, considerando como patología una puntuación > 17, observamos que el 64,2% de nuestros sujetos tienen síntomas compatibles con depresión según dicho cuestionario. Los niveles de severidad según el BDI se muestran en la tabla 30.

Tabla 30. Niveles de severidad BDI sujetos con FM (n=116) que realiza psicoterapia (comparación con grupo control lista de espera).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nada	11	9,5	10,1	10,1
	limite	16	13,8	14,7	24,8
	suave	21	18,1	19,3	44,0
	moderado	46	39,7	42,2	86,2
	severo	14	12,1	12,8	99,1
	muy severo	1	,9	,9	100,0
	Total	109	94,0	100,0	
Perdidos	Sistema	7	6,0		
Total		116	100,0		

Respecto a las puntuaciones que obtuvieron los sujetos en el **Inventario de Ansiedad STAI** (patología igual o mayor a percentil 75) el 73,2% de sujetos presentan ansiedad rasgo patológico y el 64,3% ansiedad estado.

Los resultados en Calidad de vida (FIQ) se muestran en la tabla 31.

Tabla 31. Descriptivos de la calidad de vida (FIQ), sujetos con FM (n=116) que realiza psicoterapia (comparación con grupo control lista de espera).

FIQ	Grupo que realiza psicoterapia
FIQ total	Mediana 72,37 (IIQ 58,19-83,49) Media 69,64; DS: 17,31.
FIQ1 frecuencia actividades de la vida diaria	Media: 4,61; DS: 2,27
FIQ 2 percepción de bienestar.	Media: 8,02; DS: 2,63
FIQ 3 frecuencia actividades de la vida diaria	Media: 5,17; DS: 4,28
FIQ 4 dificultad para realizar las actividades de la vida diaria	Media: 7,71; DS: 2
FIQ 5 Intensidad dolor	Media :7,64, DS:1,87
FIQ 6 Cansancio/ Fatiga	Media: 8,21; DS:1,88
FIQ 7 Cansancio	Media: 8,03; DS :2,24
FIQ 8 Rigidez	Media: 7,44; DS: 2,29
FIQ 9 Ansiedad	Media: 6,54; DS: 3
FIQ 10 Depresión	Media: 6,17; DS: 3,12

Tabla 32.- Descriptivos del estado de salud general (Nottingham), sujetos con FM (n=116) que realiza psicoterapia (comparación con grupo control lista de espera).

Nottingham	Grupo que realiza psicoterapia
Nottingham total	Mediana 66 (IIQ 53-79) Media 64,70; DS: 17,67
Movilidad física	Media: 57,51; DS: 17,43
Dolor	Media:88,23; DS: 14,09
Sueño	Media: 61,50; DS: 28,76
Aislamiento social	Media 34,82; DS: 32,74
Reacciones emocionales	Media 57,82; DS: 30,31
Nivel de energía	Media 82,11; DS: 31,64

Respecto a la severidad en calidad de vida, 61 sujetos (54%) han obtenido puntuaciones superiores a 70 en el FIQ y 47 sujetos (42%) han obtenido puntuaciones superiores a 70 en el Nottingham.

No se muestran resultados del test de Rorschach por no poder utilizar este instrumento para evaluar los cambios de una psicoterapia ten breve de 12 sesiones.

4.2.3.2.- Descriptivos de instrumentos de sujetos con FM (n=91) que no realiza psicoterapia (lista de espera).

Respecto a las puntuaciones que obtuvieron los sujetos en **el Inventario de depresión de Beck (BDI)**, considerando como patología una puntuación > 17, observamos que el 57,1% de nuestros sujetos tienen síntomas compatibles con depresión según dicho cuestionario. Los niveles de severidad según el BDI se muestran en la tabla 33.

Tabla 33. Niveles de severidad BDI, sujetos con FM en lista de espera (n=91).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos nada	17	18,7	18,7	18,7
limite	14	15,4	15,4	34,1
suave	16	17,6	17,6	51,6
moderado	34	37,4	37,4	89,0
severo	10	11,0	11,0	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Respecto a las puntuaciones que obtuvieron los sujetos en el Inventario de Ansiedad STAI (patología igual o mayor del percentil 75) el 65,9% de sujetos presentan ansiedad rasgo patológico y el 63,7% ansiedad estado patológica.

Tabla 34. Descriptivos de la calidad de vida (FIQ), sujetos con FM en lista de espera (n=91).

FIQ	Grupo control lista de espera
FIQ total	Mediana 72,55 (IIQ 59,79-83,15) Media 70,02; DS:17,94.
FIQ1 frecuencia actividades de la vida diaria	Media: 4,80; DS: 2,47
FIQ 2 percepción de bienestar.	Media: 7,96; DS: 2,56
FIQ 3 frecuencia actividades de la vida diaria	Media: 4,84; DS: 3,99
FIQ 4 dificultad para realizar las actividades de la vida diaria	Media: 7,46; DS: 2
FIQ 5 Intensidad dolor	Media :7,53, DS:1,78
FIQ 6 Cansancio/ Fatiga	Media: 8,31; DS:1,66
FIQ 7 Cansancio	Media: 8,07; DS :2,09
FIQ 8 Rigidez	Media: 7,46; DS: 2,16
FIQ 9 Ansiedad	Media: 6,77; DS: 2,80
FIQ 10 Depresión	Media: 6,54; DS: 2,87

Tabla 35.- Descriptivos del estado de salud general (Nottingham), sujetos con FM en lista de espera (n=91).

Nottingham	Grupo control lista de espera
Nottingham total	Mediana 63 (IIQ 53-74) Media 62,61; DS: 15,86
Movilidad física	Media: 56,89; DS: 18,77
Dolor	Media:88,70; DS: 16,47
Sueño	Media: 69,89; DS: 29,25
Aislamiento social	Media 24,79; DS: 28,85
Reacciones emocionales	Media 55,70; DS: 26,42
Nivel de energía	Media 82,07; DS: 28,01

Respecto a la severidad en calidad de vida, 50 sujetos (55,6%) han obtenido puntuaciones superiores a 70 en el FIQ y 29 sujetos (32,6%) han obtenido puntuaciones superiores a 70 en el Nottingham.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1.- Resultados del primer trabajo

La Hipótesis general de este primer trabajo es que las variables psicológicas influyen en el desencadenamiento de la fibromialgia (FM), intensidad de los síntomas e impacto en calidad de vida y estado de salud general.

En primer lugar vamos a mostrar los resultados respecto a la presencia de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE), depresión (BDI), ansiedad (STAI), psicopatología y características de personalidad psicósomática (test de Rorschach) comparando los descriptivos de una muestra de sujetos con FM (73) con un grupo control de sujetos sanos (n=60) que no tienen FM, patología que curse con dolor ni están en tratamiento psiquiátrico ni psicológico en la actualidad.

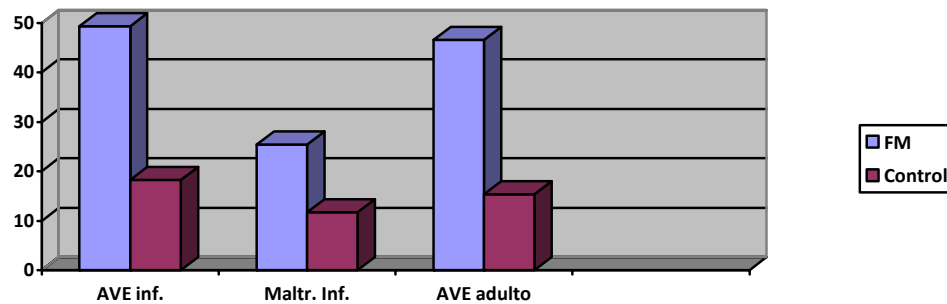
Los resultados se refieren a los 4 objetivos iniciales de este primer trabajo *Objetivo 1.* Estudiar la presencia de Acontecimientos Vitales Estresantes en infancia, edad adulta y año previo a la aparición del dolor en fibromialgia. *Objetivo 2.* Estudiar la presencia de ansiedad y depresión en fibromialgia. *Objetivo 3.-* Estudiar la presencia psicopatología en fibromialgia a través del test de Rorschach. *Objetivo 4.-* Estudiar los rasgos de personalidad psicósomática en fibromialgia a través del test de Rorschach.

Objetivo 1. Estudiar la presencia de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) en infancia, edad adulta y año previo a la aparición del dolor en fibromialgia.

El análisis de los **Acontecimientos Vitales Estresantes** nos muestra que el 49,3% de sujetos con FM han tenido AVE en infancia frente a un 18,3% de sujetos sanos; esta diferencia de un 31% no llega a justificarla el azar $p < 0,0001$. El 25,4% de sujetos con FM han sufrido experiencia de maltrato en infancia frente a un 11,7% de sujetos sanos; esta diferencia de un 13,7% no llega a justificarla el azar $p = 0,047$. El 46,5% de sujetos con FM han sufrido AVE en la edad adulta frente a un 15,4% de sujetos sanos; esta diferencia de un 31,1% no llega a justificarla el azar

$p < 0,037$. No se puede comparar los AVE en el año anterior al dolor por no tener dolor el grupo control.

Gráfico 7.- AVE fibromialgia (n=73) y grupo control sano (n= 60)

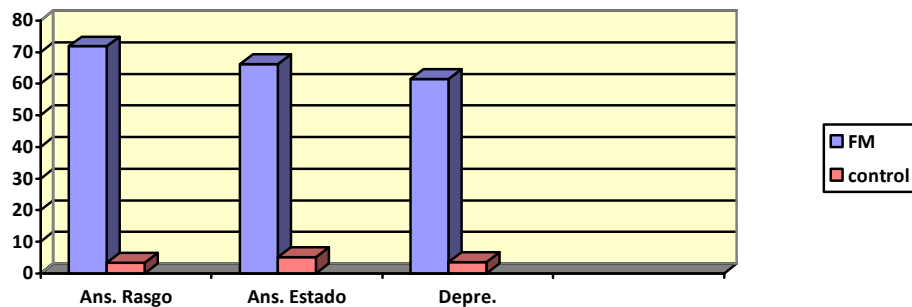


En base a los resultados observamos que los sujetos que tienen FM han sufrido más AVE en infancia (incluida experiencia de maltrato) y edad adulta que controles sanos, sobre todo los relativos al grupo primario, siendo la diferencia estadísticamente significativa. Teniendo en cuenta que estas experiencias son fundamentales en la estructuración psíquica, nuestros resultados apoyarían la hipótesis de la presencia de factores psicológicos implicados en FM.

Objetivo 2. Estudiar la presencia de ansiedad y depresión en fibromialgia.

En relación a la **sintomatología ansioso-depresiva** valorada por cuestionarios auto-administrados, los resultados muestran que: el 71,8% de sujetos con FM tiene ansiedad rasgo patológica (STAI) frente a un 3,4% de sujetos sanos.; esta diferencia de un 67,4% no llega a justificarla el azar $p < 0,0001$. El 66,2% de sujetos con FM tiene ansiedad estado patológica (STAI) frente a un 5,2% de sujetos sanos; esta diferencia de un 61% no llega a justificarla el azar $p < 0,0001$. El 61,4% de sujetos con FM tiene depresión patológica (BDI) frente a un 3,5% de sujetos sanos; esta diferencia de un 57,9% no llega a justificarla el azar $p < 0,0001$.

Gráfico 8.- Ansiedad y depresión fibromialgia (n=73) y grupo control sano (n= 60) .

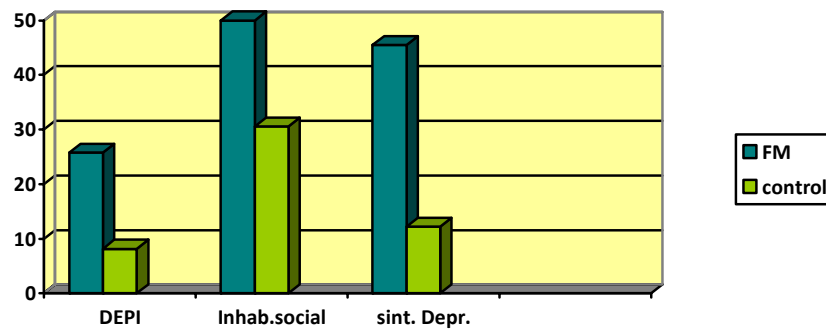


Vemos que los sujetos con FM de nuestra muestra también tienen síntomas depresivos y de ansiedad en mayor proporción que controles sanos, la diferencia es estadísticamente significativa. Este resultado también apoyaría la presencia de factores psicológicos en este trastorno. Estos resultados, por el momento, no aclaran si dicha sintomatología es previa o consecuencia a la FM.

Objetivo 3.- Estudiar la presencia psicopatología en fibromialgia a través del test de Rorschach.

Para valorar la **psicopatología según el test de Rorschach** estudiamos las constelaciones positivas de los dos grupos, el de sujetos con fibromialgia (n=73) y controles sanos (n=60) y vemos que el 25,8% de sujetos con FM tiene la constelación de depresión positiva según el test de Rorschach frente a un 8,2% de sujetos sanos; esta diferencia de un 17,6% no llega a justificarla el azar $p=0,016$. El 50% de sujetos con FM tiene positivo el Índice de inhabilidad social según el test de Rorschach frente a un 30,6% de sujetos sanos; esta diferencia de un 19,4% no llega a justificarla el azar $p=0,037$. El 45,5% de sujetos con FM tiene sintomatología depresiva relevante aunque no presente los criterios de depresión según el test de Rorschach, se incluyen los sujetos que tienen cuatro ítems positivos en Depresión y además tienen positiva la Constelación de Inhabilidad Social según el test de Rorschach frente a un 12,2% de sujetos sanos; esta diferencia de un 33,3% no llega a justificarla el azar $p<0,0001$.

Gráfico 9.- Constelaciones test de Rorschach fibromialgia (n=73) y grupo control sano (n= 60)



Del análisis de estos resultados vemos que existe una diferencia con asociación estadísticamente significativa entre tener Depresión e Inhabilidad Social, valorada por el test de Rorschach, entre sujetos con FM y controles sanos. Los sujetos con FM tienen más depresión y déficits en las relaciones interpersonales que sujetos sanos. Estos resultados también apoyarían la implicación de variables psicológicas en FM, en este caso Depresión e Inhabilidad Social.

Objetivo 4.- Estudiar características psicósomáticas de personalidad a través del test de Rorschach.

Siguiendo con el test de Rorschach y teniendo en cuenta la controversia actual respecto a la estructura de personalidad en FM, hemos estudiado si los sujetos con FM de nuestra muestra tienen **características de personalidad psicósomática valoradas a través del test de Rorschach**. Para ello analizamos las variables que miden características psicósomáticas, evaluadas a través de la capacidad de mentalización siguiendo criterios referidos por Martín (2008) y comparamos el grupo de FM (N=73) con un grupo control sano (N=60).

Tabla 36. Capacidad de mentalización de sujetos con FM (n=73) y grupo control sano (n= 60).

Variable estudiada	FM/sanos	Significación estadística
Capacidad productiva (R)	Buena: FM 66,2%; Control: 40,8% Mala: FM 33,8%; Control: 59,2% Chi-cuadrado= 7,255 Sujetos con FM ↑capacidad productiva	p=0,007
Capacidad para usar símbolos y representaciones en el marco de una actividad creadora y de introspección (M)	Buena: FM 62,1%; Control: 71,4% Mala: FM 37,9%; Control: 28,4% Chi-cuadrado= 1,087	p= 0,297
Indica la capacidad para activar representaciones mentales ante la aparición de las pulsiones y de las necesidades creadas por éstas (FM)	Buena: FM 55,4%; Control: 55,1% Mala: FM 44,6%; Control: 44,9% Chi-cuadrado= 0,001	p= 0,976
Pérdida de control que puede alterar o interrumpir los procesos de pensamiento. Procesos inconscientes de tensión intrapsíquica (m)	Buena: FM 67,7%; Control: 71,4% Mala: FM 32,3%; Control: 44,9% Chi-cuadrado= 0,183	p= 0,669
Tendencia a la actividad o a la pasividad en el afrontamiento de los problemas y en las relaciones interpersonales (a/p)	Buena: FM 61,5%; Control: 83,7% Mala: FM 38,5%; Control: 16,3% Chi-cuadrado= 6,655 Sujetos con FM ↑ pasividad	p=0,010
Representaciones internas del elemento humano (H)	Buena: FM 46,2%; Control: 59,2% Mala: FM 53,8%; Control: 40,8% Chi-cuadrado= 1,900	p=0,168
Mide el riesgo de sufrir episodios de desorganización como consecuencia de estímulos disruptivos internos (Sum C')	Buena: FM 64,6%; Control: 57,1% Mala: FM 35,4%; Control: 42,9% Chi-cuadrado= 0,658	p= 0,417
Indica la necesidad de cercanía y contacto o el grado de malestar que experimenta un sujeto cuando registra	Buena: FM 30,8%; Control: 27,8% Mala: FM 69,2%; Control: 72,2% Chi-cuadrado= 0,127	p= 0,721

esta necesidad y no la ha resuelto (T)		
Registro de ansiedades difusas no ligadas que genera sentimientos de indefensión y desvalimiento (Y)	Buena: FM 40%; Control: 66,7% Mala: FM 60%; Control: 33,3% Chi-cuadrado= 8,405 Sujetos con FM ↑ ansiedad difusas	p=0,004
Percepción del entorno interpersonal (Aislamiento)	Buena: FM 89,2%; Control: 85,7% Mala: FM 10,8%; Control: 14,3% Chi-cuadrado= 0,321	p= 0,571
En un extremo, nos informa sobre su capacidad de autonomía, independencia y autoafirmación; en otro, sobre actitudes caracteriales y rígidas en relación a un mal manejo de la hostilidad (S)	Buena: FM 89,6%; Control: 100% Mala: FM 10,4%; Control: 0% Chi-cuadrado= 5,448 Sujetos con FM mal manejo de la hostilidad	p= 0,020
Corresponde a representaciones corporales con una carga emocionalmente disruptiva (An+Xy)	Buena: FM 70,8%; Control: 91,8% Mala: FM 29,6%; Control: 8,2% Chi-cuadrado= 7,700 Sujetos con FM↑ representaciones corporales con una carga emocionalmente disruptiva	p=0,006
Potencial de recursos organizados disponibles para iniciar conductas deliberadas (capacidad para pensar antes de actuar) (EA)	Buena: FM 49,2%; Control: 53,1% Mala: FM 50,8%; Control: 46,9% Chi-cuadrado= 0,164	p=0,685
Déficit en la capacidad de expresión de los estados de necesidad y de introspección. O bien, desbordamiento de éstos por impactos traumáticos (es)	Buena: FM 60,6%; Control: 83,3% Mala: FM 39,4%; Control: 16,7% Chi-cuadrado= 7,631 Sujetos con FM↑ déficit en la capacidad de expresión de los estados de necesidad y de introspección. O desbordamiento de éstos por impactos traumáticos	p=0,006
Estas respuestas están directamente relacionadas con conductas dependientes y regresiones pasivas	Buena: FM 67,7%; Control: 89,8% Mala: FM 32,3%; Control: 10,2% Chi-cuadrado= 7,753	p=0,005

(Fd)	Sujetos con FM ↑ conductas dependientes y regresiones pasivas	
Tendencia a establecer vínculos positivos o dificultad para ello (COP)	Buena: FM 54,5%; Control: 65,3% Mala: FM 45,5%; Control: 34,7% Chi-cuadrado= 1,347	p=0,246
Denuncia la existencia de cierta rigidez en los procesos cognitivos (PSV)	Buena: FM 95,4%; Control: 100% Mala: FM 4,6%; Control: 0% Chi-cuadrado= 2,323	p=0,128
Eficacia del esfuerzo organizador e interés por captar o no el entorno (Zd)	Buena: FM 74,2%; Control: 83,7% Mala: FM 25,8%; Control: 16,3% Chi-cuadrado= 1,470	p=0,225
Calidad de las representaciones del elemento humano (GHR/PHR)	Buena: FM 67,7%; Control: 89,8% Mala: FM 40,9%; Control: 14,3% Chi-cuadrado= 9,572 Sujetos con FM ↓ Calidad de las representaciones del elemento humano	p=0,002
Nivel de dificultad para enfrentarse eficazmente a las demandas comunes de su entorno social (CDI)	Buena: FM 50%; Control: 69,4% Mala: FM 50%; Control: 30,6% Chi-cuadrado= 4,347 Sujetos con FM ↑ dificultad para enfrentarse eficazmente a las demandas comunes de su entorno social	p=0,037

Del análisis de los resultados al comparar sujetos con FM y controles sanos podemos concluir que las características de personalidad referidas a la capacidad de mentalización siguiendo los criterios de Marty, evaluados a través del test de Rorschach, Sistema comprensivo de Exner y propuestos por Martín en 2008 en los sujetos con FM de nuestra muestra son:

- alta capacidad productiva
- mayor pasividad en el afrontamiento de los problemas y en las relaciones interpersonales
- mayor registro de ansiedades difusas que generan sentimientos de indefensión y desvalimiento
- mal manejo de la hostilidad

- representaciones corporales con una carga emocional disruptiva
- déficit en la capacidad de expresión de los estados de necesidad y de introspección, o desbordamiento de éstos por impactos traumáticos
- conductas dependientes y regresiones pasivas
- mala calidad de las representaciones del elemento humano y
- mayor dificultad para enfrentarse eficazmente a las demandas comunes de su entorno social

Una vez que hemos estudiado si existe diferencia entre los sujetos con FM y controles sanos en AVE, depresión, ansiedad y personalidad queremos **analizar la influencia de las variables sociodemográficas, clínicas y AVE en la psicopatología, calidad de vida y estado de salud general**. Es importante saber qué posibles factores o variables psicosociales pueden suponer un riesgo para desarrollar una enfermedad, ya que de ese modo se pueden diseñar programas de prevención e intervenciones terapéuticas más eficaces. No sólo los factores de riesgo son importantes sino que poder detectar factores de protección abre muchas posibilidades para mejorar la salud y fomentar las capacidades de nuestros pacientes. Con esta finalidad estudiamos las posibles relaciones entre las diferentes variables analizadas cogiendo como eje central la influencia de las mismas en la psicopatología, calidad de vida y estado de salud general. Además, comprobar la influencia de las variables psicológicas en la sintomatología actual de la fibromialgia también justificaría la implicación de variables psicológicas en FM.

Los resultados se refieren a los objetivos 5 y 6 de este primer trabajo *Objetivo 5.-* Estudiar la influencia de variables sociodemográficas y clínicas en la psicopatología, calidad de vida y estado de salud general *Objetivo 6.-* Estudiar la influencia de los AVE en la psicopatología, calidad de vida y estado de salud general.

Objetivo 5.- Estudiar la influencia de variables sociodemográficas y clínicas en la psicopatología, calidad de vida y estado de salud general.

Respecto a la Edad. Los resultados al relacionar la edad con las diferentes variables (ansiedad, depresión, calidad de vida y estado de salud) a través de una regresión lineal se muestran en la tabla 37.

Tabla 37.- Influencia de la edad en psicopatología y calidad de vida

	B	Constante	p	IC para B 95%	R ² corregida
STAI-R	-0,18	44,47	p=0,039	-0,35-0,009	0,016
STAI-E	-0,22	45,69	p=0,011	-0,39 a -0,052	0,027
BDI	-0,23	31,23	p<0,0001	-0,35 a -0,10	0,061
FIQ total	-0,36	86,44	p=0,004	-0,60 a - 0,11	0,037
Nottingham total	-0,72	76,41	p=0,026	-0,051 a -0,03	0,020

Observamos que existe asociación estadísticamente significativa entre edad y todas las variables estudiadas (ansiedad rasgo, ansiedad estado, depresión, calidad de vida y estado de salud general). La relación encontrada es inversa, es decir, la ansiedad y depresión disminuyen en la medida que el sujeto tiene más edad y la calidad de vida también es mejor con la edad. Hemos de tener en cuenta que el porcentaje de variabilidad que la edad tiene sobre las variables estudiadas, reflejado a través de la R cuadrada corregida o coeficiente de determinación es pequeño, el 1,6% sobre ansiedad rasgo, 2,7% sobre ansiedad estado, 6,1% sobre depresión, 3,7% sobre calidad de vida (FIQ) y 2% sobre estado de salud general (Nottingham).

En cuanto a la influencia del nivel educativo en la psicopatología, calidad de vida y estado de salud general no encontramos asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios y tener ansiedad rasgo patológica, ansiedad estado patológica, ni con depresión a través del BDI ni con calidad de vida severa (FIQ>70). Sin embargo hallamos asociación estadísticamente significativa p=0,009 (Chi-cuadrado 6,89) entre nivel educativo y estado de salud general, encontrando que los pacientes que tienen mayor nivel educativo tienen mejor estado de salud general que aquellos que tienen menor nivel educativo.

Al relacionar la **situación laboral** (sujetos en situación activa, incluyendo amas de casa pues no se encuentran en situación de incapacidad laboral, frente a sujetos en situación no activa laboralmente) encontramos que los sujetos que están en situación laboral activa tienen menos ansiedad rasgo aunque no es estadísticamente significativa. Los que están activos tienen menos ansiedad estado $p=0,004$, menos depresión BDI $p=0,005$, menor severidad en calidad de vida (FIQ>70) $p<0,0001$ y mejor estado de salud general $p<0,0001$.

Al relacionar los sujetos que están en **litigio** encontramos que los sujetos que se encuentran en litigio tienen de media 5 puntos más en el STAI-E que aquellos que no se encuentran en litigio (IC95% 1,41-8,58; $p=0,007$); 4 puntos más en el BDI (IC95% 0,88-6,18; $p=0,006$); 11 puntos más en el FIQ (IC95% 6,82-16,85; $p<0,0001$) y 8 puntos más en el Nottingham (IC95% 2,99-12,97; $p=0,002$). Estar en litigio, por lo tanto, se asocia con mayor ansiedad estado, depresión, peor calidad de vida y peor estado de salud en el momento actual.

Tiempo de inicio del dolor. Al relacionar el tiempo que un sujeto lleva con dolor con ansiedad, depresión, calidad de vida y estado de salud a través de una regresión lineal, se aprecia una asociación en sentido inverso, es decir, a mayor tiempo con dolor, observamos menor puntuación en todas las variables.

Tabla 38.- Influencia del tiempo con dolor en psicopatología y calidad de vida

	B	Constante	P	IC para B 95%	R ² corregida
STAI-R	-0,043	40,41	$p<0,0001$	-0,065-0,021	0,065
STAI-E	-0,043	40,15	$p<0,0001$	-0,065-0,021	0,066
BDI	-0,028	23,48	$p=0,001$	-0,044-0,012	0,051
FIQ total	-0,033	73,10	$p=0,048$	-0,065 0,000	0,015
Nottingham total	-0,043	68,30	$p=0,006$	-0,075-0,012	0,032

Es decir, por cada mes de tiempo con dolor que lleva un sujeto, la puntuación del STAI R disminuye en 0,043 puntos (IC 95%: -0,065 a -0,021), en el STAI-E 0,043, en el BDI 0,028, en el FIQ 0,033 y en el Nottingham 0,043.

A pesar de ser un hallazgo importante, hemos de tener en cuenta que el porcentaje de variabilidad que el tiempo de dolor tiene sobre las variables estudiadas (ansiedad, depresión, calidad de vida y estado de salud general) reflejado a través de la R cuadrada corregida o coeficiente de determinación es muy pequeño así el 6% del STAI-R y STAI-E es explicado por el tiempo que lleva un sujeto con dolor, el 5% del BDI, el 1% del FIQ y el 3% del Nottingham. Además hemos de tener en cuenta que la población lleva mucho tiempo con dolor y si el análisis lo realizáramos con otros intervalos de tiempo los resultados probablemente serían diferentes.

Comorbilidad reumatológica. Al relacionar los sujetos que tienen comorbilidad reumatológica con otras variables, observamos que no existe relación estadísticamente significativa entre este hecho y presentar psicopatología, ansiedad, depresión, FIQ severo y Nottingham severo. Es decir tener más trastornos reumáticos no se asocia con ninguna de las variables mencionadas (n=207).

Tabla 39- Influencia de la comorbilidad reumatológica en psicopatología y calidad de vida.

	T Reumat	no TReum	p	OR	IC 95%
psicopatología	83%	71%	0,065	1,93	0,95-3,94
STAI-R	68%	70	0,77	0,91	0,48-1,71
STAI-E	64%	65%	0,83	0,93	0,51-1,71
Beck	57%	64%	0,29	0,72	0,39-1,32
FIQ>70	58%	48%	0,17	1,49	0,83-2,67
Nottingham>70	34%	39%	0,53	0,82	0,45-1,50

Se observa que los pacientes con Trastornos reumatológicos comórbidos presentan más psicopatología (83%) que aquellos sin dichos trastornos con una tendencia a la significación estadística $p=0,065$. Si hubiera sido significativa podríamos decir que tener otras enfermedades reumáticas multiplicaría por 1,94 la posibilidad de tener psicopatología o incrementaría en un 94% la posibilidad de tener psicopatología.

Respecto a las variables sociodemográficas y clínicas podemos concluir que la edad influye en la psicopatología, calidad de vida y estado de salud general, disminuyendo las puntuaciones en las variables estudiadas en la medida que el sujeto es más mayor. Por otra parte, el nivel educativo no influye en ansiedad (STAI), depresión (BDI) ni calidad de vida (FIQ), sin embargo en las personas que tienen un nivel educativo más alto (Bachillerato, BUP o Estudios Universitarios) se observa mejor estado de salud general (Nottingham) que quienes no han realizado dichos estudios. Respecto a la situación laboral, estar activo laboralmente se relaciona con tener menos psicopatología y mejor calidad de vida y estado de salud y, al contrario, estar en litigio para conseguir una incapacidad se asocia con mayor ansiedad estado, depresión, peor calidad de vida y peor estado de salud en el momento actual. También observamos que a mayor tiempo con dolor menor puntuación en todas las variables, aunque el porcentaje de variabilidad que el tiempo de dolor tiene sobre las variables estudiadas es muy pequeño, por lo que no es un dato muy relevante. Por último, tener otras enfermedades reumatológicas además de FM no se asocia con ninguna de las variables mencionadas.

Objetivo 6.- Estudiar la influencia de los Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) en psicopatología, calidad de vida y estado de salud general.

Anteriormente hemos referido que los sujetos con FM tenían más AVE en su vida que controles sanos y eso justificaba, en parte, la afirmación de que las variables psicológicas influyen en este síndrome ya que la presencia de AVE influye directamente en las capacidades psicológicas del sujeto. Ahora queremos comprobar si la presencia de dichos acontecimientos tiene un peso importante, o no, en la psicopatología actual.

Para estudiar la ***influencia de los AVE en la psicopatología actual valorada a través de cuestionarios autoaplicados*** utilizamos la T de Student y encontramos asociación estadísticamente significativa entre haber sufrido maltrato en la infancia y adolescencia (55 personas de la muestra de 207 sujetos han sufrido experiencia de maltrato en la infancia) y

tener mayor ansiedad en la actualidad, STAI-R $p = < 0,0001$; STAI-E $p < 0,0001$; depresión BDI $p < 0,0001$; peor calidad de vida FIQ $p < 0,0001$ y peor estado de salud, Nottingham $p < 0,0001$

No existe asociación estadísticamente significativa entre tener AVE en la edad adulta con ninguna de las escalas valoradas: ansiedad (STAI), depresión (BDI), calidad de vida (FIQ) y estado de salud (Nottingham). Sí existe asociación con presentar peor calidad de vida (FIQ), $p = 0,030$.

Existe asociación estadísticamente significativa entre AVE en el año previo a la aparición de la sintomatología dolorosa con todas las escalas. Tabla 40.

Tabla 40.- Influencia de AVE en el año anterior al dolor en psicopatología y calidad de vida.

	Media (+/-DS) AVE año previo	Media (+/-DS) No AVE año previo	Diferencia de medias	IC 95% Diferencia de medias	p
STAI-R	38,08(11,4)	29,6 (12,2)	8,45	-4,72-12,19	$p < 0,0001$
STAI-E	37,38(11,9)	30,26(11,53)	7,11	-3,36-10,87	$p < 0,0001$
BDI	21,69(8,8)	17,52(8,43)	4,16	-1,33-7	$p = 0,004$
FIQ	71,79(16,27)	63,73(19,80)	7,96	-2,48-13-45	$p = 0,004$
Nottingham	66,31(15,80)	56,05(17,94)	10,25	-4,93-15,46	$p < 0,0001$

Al agrupar a los sujetos que han tenido varios AVE a lo largo de su vida encontramos que el haber sufrido maltrato en la infancia y además haber tenido AVE en el año previo a la aparición del dolor (46 sujetos; 22,7%), es la asociación que tiene mayor peso en la psicopatología actual y calidad de vida.

Tabla 41.- Influencia maltrato en infancia más AVE en el año anterior al dolor en psicopatología y calidad de vida.

	Media (+/-DS)Maltrato infancia+año previo	Media (+/-DS)No maltrato infancia+año previo	Diferencia de medias	IC95% Diferencia de medias	p
STAI-R	41,19(9,37)	34,30(12,51)	7,06	3,66-10,46	p<0,0001
STAI-E	39,82(9,47)	33,97(12,50)	5,84	2,49-9,19	p=0,001
BDI	24,66(8,57)	19,32(8,70)	5,30	2,49-8,10	p<0,0001
FIQ	75,51(12,82)	67,80(18,51)	7,70	3,03-12,37	p=0,001
Notting.	70,63(13)	61,33(17,62)	9,30	4,65-13,95	p<0,0001

Observamos que haber sufrido maltrato en la infancia y haber tenido AVE en el año previo a la sintomatología dolorosa son las variables que tienen una asociación estadísticamente significativa más importante con todas las escalas, es decir tienen mayor peso o influencia en tener ansiedad, depresión, peor calidad de vida, peor estado de salud en la actualidad. Incluso cuando agrupamos estas dos variables la asociación sigue siendo muy importante.

Para estudiar la relación de AVE en la psicopatología actual valorada a través de las constelaciones del test de Rorschach nos centramos en Depresión e Inhabilidad Social ya que son las dos constelaciones que se mostraron positivas en FM a diferencia de controles sanos.

Respecto a la **depresión valorada por el test de Rorschach** , diferenciamos la depresión en: Sujetos que tienen positiva la constelación de depresión a los que denominamos Depresión Rorschach (40 sujetos; 26%); Sujetos que tienen positivas las constelaciones de depresión e Inhabilidad social a los que denominamos Depresión secundaria a Inhabilidad social ya que la depresión probablemente esté muy relacionada con la Inhabilidad Social (31 sujetos; 17%); Sujetos que tienen 6 o más ítems de la constelación de depresión a los que denominamos Depresión severa (18 sujetos; 9,9%); y sujetos que tienen positiva la constelación de Inhabilidad Social y además 4 ítems en la constelación de depresión a los que denominamos sintomatología o malestar depresivo (78 sujetos; 43,1%).

Tabla 42. Asociación entre AVE y depresión según test de Rorschach.

Variable	Depresión Rorschach	Depresión secundaria	Depresión severa	Malestar depresivo
AVE infancia ↓	p=0,034	p= 0,019	p= 0,080	p= 0,067
Maltrato en infancia ↓	p= 0,080	p=0,048	p= 0,612	p=0,041
Abuso sexual infancia	p= 0,359	p= 0,329	p= 0,754	p= 0,118
AVE edad adulta	p= 0,766	p= 0,177	p= 0,980	p= 0,109
AVE año previo	p= 0,839	p= 0,479	p= 0,293	p= 0,968
AVE infancia+edad adulta↓	p= 0,231	p= 0,041	p= 0,180	p= 0,023
AVE infancia + edad adulta + año previo↓	p= 0,183	p= 0,040	p= 0,110	p= 0,018
Maltrato + AVE año previo↓	p= 0,043	p= 0,025	p= 0,259	p= 0,094
AVE edad adulta + AVE año previo↓	p= 0,307	p=0,020	p= 0,116	p=0,037

Si nos centramos en las filas de la tabla expuesta, encontramos asociación estadísticamente significativa entre: el Índice de Depresión y AVE infancia $p=0,018$; y experiencia de maltrato en la infancia $p=0,053$ y cuando se incluye los AVE en infancia y maltrato y además otros AVE a lo largo de la vida. Pero ¡la relación es inversa! es decir, el porcentaje de sujetos que han tenido AVE en infancia y maltrato en infancia y tienen depresión en la actualidad es menor que el porcentaje de sujetos que no han tenido AVE y sí tienen depresión en la actualidad. Este dato contrasta con el obtenido con el BDI en el que se veía cómo los sujetos que han tenido maltrato en la infancia tenían más depresión en la actualidad.

Al analizar este resultado observamos que los sujetos que tienen depresión según el test de Rorschach no son los mismos que los que tienen depresión según el BDI. Hemos de tener en cuenta que los tests son diferentes. Por una parte el BDI es un cuestionario en el que se contesta desde la percepción consciente que el sujeto tiene de su situación actual y además tiene gran peso en la valoración del cuestionario el aspecto somático de la depresión. En el test de Rorschach el sujeto no sabe qué respuesta puede indicar depresión, además es un test que valora los aspectos relacionales, emocionales y cognitivos de la depresión. Por otra parte, podríamos pensar que el test de Rorschach hace referencia a aspectos más internos o

inconscientes del sujeto, a los recursos internos que el sujeto posee y es posible que este hecho explique que los sujetos que han tenido experiencias más adversas en la infancia hayan adquirido recursos psicológicos o hayan aumentado su capacidad de adaptarse a situaciones adversas de la vida como puede ser, en este caso, la presencia de la FM.

No encontramos asociación entre haber sufrido abuso sexual en infancia con depresión pero hemos de tener en cuenta que el porcentaje de sujetos que han sufrido dicha experiencia es pequeño y puede ser esta la explicación de la ausencia de asociación.

Tampoco observamos asociación estadísticamente significativa entre haber tenido AVE en edad adulta o año previo a la aparición de la sintomatología dolorosa con tener depresión en la actualidad según test de Rorschach.

Si nos centramos en las columnas de la tabla es muy interesante observar que la columna en la que más asociaciones encontramos, es decir en la que mayor influencia tiene haber tenido AVE anteriores son las de depresión secundaria y la de sintomatología o malestar depresivo y en ambas categorías está presente también la constelación de Inhabilidad Social positiva.

El hecho de que no influyan los AVE en la depresión severa puede deberse al reducido número de sujetos ya que sólo son 18 los sujetos que tienen positiva esta variable, los análisis estadísticos con muestras menores de 30 no arrojan resultados muy fiables.

Por lo tanto podríamos concluir que es la presencia de AVE en infancia y maltrato, como únicos AVE o asociándose a otras etapas vitales los que más peso tienen en la depresión actual valorada a través del Rorschach. Con dos matizaciones muy importantes, la primera que dicha relación es inversa, es decir que dichos AVE parecen “proteger” de tener depresión en la actualidad según la valoración del Rorschach y, la segunda matización, que dicha influencia es sobre depresión en la que aparecen también elementos de la Inhabilidad social afectada en estos sujetos.

Respecto a la asociación entre **AVE y la Constelación de Inhabilidad Social positiva** según el test de Rorschach, existe asociación estadísticamente significativa entre haber tenido AVE en infancia más AVE en edad adulta ($p=0,045$), AVE edad adulta más año previo ($p=0,036$) y AVE infancia más edad adulta más año previo ($p=0,034$) y Constelación de Inhabilidad Social positiva. No encontramos asociación entre el Índice de Inhabilidad Social valorado por el Rorschach y AVE en infancia, edad adulta, año previo a la aparición de la sintomatología dolorosa, experiencia de maltrato ni abuso.

Llama la atención que dicha relación indica que haber tenido AVE influye positivamente en la capacidad de afrontamiento interpersonal ya que los sujetos que no han tenido AVE en las etapas anteriormente descritas son los que más dificultades tienen en la actualidad en la Constelación de Inhabilidad Social valorada por el test de Rorschach. También es interesante señalar que la influencia de AVE en momentos puntuales de la vida no tienen gran peso en esta asociación y parece que hace falta que se den a lo largo de la vida para que la influencia sea estadísticamente significativa. Podríamos pensar que quienes no han tenido problemas en las relaciones anteriormente les cuesta más aceptar la FM a la hora de relacionarse con los demás

Como conclusión respecto al análisis de la relación entre AVE y las constelaciones del test de Rorschach observamos que haber tenido AVE anteriores actúa como “posible factor de protección” frente a la depresión e inhabilidad social en pacientes con FM. En el caso de la depresión actual son los AVE infantiles, el maltrato en la infancia y en el año previo a la aparición del dolor los que protegen, sin embargo, en el caso de la Inhabilidad Social es necesario haber sufrido estas experiencias en varios momentos de la vida.

Hemos visto anteriormente que los sujetos con FM tienen más AVE en infancia, maltrato en infancia y AVE en edad adulta que controles sanos. También hemos visto que los sujetos que tienen AVE en infancia o maltrato en infancia + AVE año previo a la aparición de la sintomatología dolorosa son los que más psicopatología tienen en la actualidad, según cuestionarios autoaplicados. Con los resultados del test de Rorschach podemos decir que,

desde un punto de vista más estructural o interno, el haber tenido AVE anteriores protege de tener sintomatología depresiva o Inhabilidad Social en la actualidad y que son los AVE en la infancia más AVE año previo los que protegen de tener síntomas depresivos y los AVE en edad adulta + año previo de tener Inhabilidad Social. En ambos casos es como si los sujetos que tienen AVE a lo largo de la vida tuvieran más recursos psicológicos o más capacidad interna de adaptación y de ese modo sufrieran menos síntomas depresivos y de inhabilidad social que aquellos sujetos que no hubieran tenido dichas experiencias.

Por lo tanto, haber tenido AVE a lo largo de la vida incluido el año previo a la aparición de la sintomatología dolorosa se relaciona con la psicopatología actual. Si valoramos la psicopatología con cuestionarios autoadministrados la relación es directa pero si valoramos la psicopatología con el test de Rorschach la relación es inversa.

Siguiendo con el estudio de **la influencia de variables psicosociales y AVE en** psicopatología, evaluada con cuestionarios autoadministrados y test de Rorschach, hasta ahora hemos analizado como puede influir haber tenido AVE a lo largo de la vida en la psicopatología y calidad de vida actuales. Ahora vamos a tomar como variable independiente la psicopatología actual valorada a través de cuestionarios y test de Rorschach y vamos a estudiar qué variables están asociadas o pueden estar influyendo en psicopatología. **Este apartado se refiere a los Objetivos 7 y 8.** Estudiar factores psicosociales de riesgo y protección en depresión y ansiedad valorada a través de cuestionarios autoaplicados y estudiar factores psicosociales de riesgo y protección en psicopatología valorada a través del test de Rorschach.

Objetivo 7. Estudiar factores psicosociales de riesgo y protección en depresión y ansiedad valorada a través de cuestionarios autoaplicados.

Tabla 43. Influencia de variables psicosociales y AVE en depresión (BDI).

Variable	Asociación estadísticamente significativa en BDI
Actividad laboral ↓	p=0,005
Estar en litigio ↑	p=0,012
Más tiempo de dolor ↓	p=0,025
Maltrato en infancia ↑	p=0,001
Abuso sexual infancia ↑	p=0,003. El 100% de los sujetos que han tenido experiencia de abuso en infancia tienen depresión.
Maltrato + AVE anterior ↑	p= 0,012
AVE edad adulta+año previo ↑	p=0,051
AVE en infancia+ edad adulta + año previo ↑	p=0,053
Ansiedad rasgo mayor depresión ↑	p<0,0001
Ansiedad estado mayor depresión ↑	p<0,0001

Se realiza un análisis multivariante o regresión logística multivariante entre diferentes variables (situación laboral, litigio, tiempo de dolor, maltrato, abuso, maltrato más AVE en el año previo a la aparición del dolor, ansiedad rasgo y ansiedad estado) y depresión (BDI). Encontramos que sólo son la ansiedad rasgo y estado las que pueden predecir mayor depresión según BDI. **Tener ansiedad rasgo multiplica por 13 la posibilidad de tener mayor depresión en BDI** (teniendo en cuenta la influencia de la ansiedad estado).

A continuación se estudia la influencia de variables sociodemográficas, clínicas y psicopatología en ansiedad valorada a través del STAI. Los resultados se muestran en la tabla siguiente.

Tabla 44. Influencia de variables psicosociales y AVE en ansiedad (STAI).

Variable	Ansiedad rasgo	Ansiedad estado
Actividad laboral ↓	No asociación	p=0,004
Estar en litigio ↑	No asociación	p=0,041
Más tiempo dolor ↓	p<0,0001	p<0,0001
Maltrato en infancia ↑	p=0,006	P<0,0001
Abuso sexual infancia ↑	p=0,060	p=0,027
AVE año previo ↑	p= 0,007	p=0,010
Maltrato + AVE año previo ↑	p= 0,007	p=0,001
AVE edad adulta + año previo ↑	p=0,006	No asociación
AVE en infancia+ edad adulta + año previo ↑	p=0,030	No asociación
Depresión BDI ↑	p<0,0001	p<0,0001

Se realiza un análisis multivariante con las variables que han mostrado una relación estadísticamente significativa con tener ansiedad rasgo según STAI-R (tiempo de dolor, maltrato, AVE último año, AVE último año + maltrato, depresión). Encontramos que sólo es la depresión (BDI) la que puede predecir mayor ansiedad. **Tener depresión multiplica por 2,5 la posibilidad de tener mayor ansiedad rasgo.**

Se realiza un análisis multivariante con las diferentes variables (tiempo de dolor, maltrato, AVE último año, AVE último año + maltrato, depresión) que han mostrado una relación estadísticamente significativa con tener ansiedad estado según STAI. Encontrando que no hay asociación estadísticamente significativa entre haber tenido AVE en el año anterior a la aparición del dolor ni haber sufrido maltrato en la infancia + AVE en el año anterior a la aparición del dolor, ajustada por el resto de variables y tener ansiedad estado patológica en la actualidad (con tendencia a la significación). Si existe asociación estadísticamente significativa entre el tiempo que un sujeto lleva con dolor con ansiedad estado pero sólo multiplica por 1 la posibilidad de tener ansiedad estado por lo que no es relevante.

En cambio se observa que:

- haber sufrido maltrato en la infancia, ajustada por el resto de variables, multiplica por 5 la posibilidad de tener ansiedad estado
- tener depresión, ajustada por las dos anteriores, multiplica por 2 la posibilidad de tener ansiedad estado, de forma independiente.

Objetivo 8.- Estudiar factores psicosociales de riesgo y protección en psicopatología valorada a través del test de Rorschach.

Siguiendo con el análisis de las variables psicológicas y su relación con la psicopatología actual nos vamos a centrar ahora en las constelaciones del test de Rorschach. Hemos visto la influencia de AVE en las constelaciones pero vamos a estudiar qué otras variables sociodemográficas y clínicas influyen en la presencia de dichas constelaciones.

Tabla 45. Influencia de variables psicosociales y AVE en depresión (test de Rorschach).

Variable	Índice de depresión Rorschach
Actividad laboral	No asociación
Estar en litigio	No asociación
Más tiempo de dolor	No asociación
AVE infancia ↓	p=0,039
Maltrato en infancia	No asociación
Abuso	No asociación
AVE edad adulta	No asociación
AVE año previo	No asociación
Maltrato + AVE anterior ↓	p=0,042
Infancia +edad adulta	No asociación
Infancia +edad adulta+desencadenante	No asociación
Edad adulta +desencadenante	No asociación

Del análisis de los resultados se observa que haber tenido AVE en infancia y haber tenido maltrato en la infancia + AVE en el año anterior a la aparición de la sintomatología dolorosa se asocian de manera estadísticamente significativa con tener menos depresión en la actualidad según la constelación Índice de Depresión valorada por el test de Rorschach (hay más sujetos que no han tenido estos acontecimientos y que en la actualidad tienen depresión). Pero la Estimación de riesgo (OR) es muy pequeña por lo que no tienen mucho peso estas variables en el Índice de depresión valorado por el test de Rorschach.

Tabla 46. Influencia de variables psicosociales y AVE en Índice de Inhabilidad Social (test de Rorschach).

Variable	Índice de Inhabilidad Social (CDI)
Actividad laboral	No asociación
Estar en litigio	No asociación
Más tiempo de dolor ↓	p=0,038;
AVE infancia	No asociación
Maltrato en infancia	No asociación
Abuso	No asociación
AVE edad adulta	No asociación
AVE año previo	No asociación
Maltrato + AVE año previo	No asociación
AVE Infancia + AVE edad adulta ↓	p=0,045
AVE Infancia + AVE edad adulta +AVE año previo↓	p=0,034
Edad adulta +AVE año previo↓	p=0,036

Aunque observamos que el tiempo de dolor influye de manera inversa en la presencia del Índice de Inhabilidad Social (CDI), hemos de tener en cuenta que el porcentaje de variabilidad que el tiempo de dolor tiene sobre la variable estudiada reflejada a través de R cuadrado de Nagelkerke 0,034 es muy pequeña así el 3% del CDI es explicado por el tiempo que lleva un sujeto con dolor.

Del análisis de los resultados se observa que haber **tenido AVE** en infancia + AVE edad adulta, AVE Infancia + AVE edad adulta +AVE año previo y AVE en edad adulta +AVE año previo **se asocia de manera estadísticamente significativa con tener menos Inhabilidad Social en la actualidad** según el CDI valorada por el test de Rorschach (hay más sujetos que no han tenido estos acontecimientos y que en la actualidad tienen CDI positivo). Como las variables que influyen son similares no se realiza es análisis multivariante.

Siguiendo en la línea de investigar factores de protección y riesgo, en este caso en calidad de vida y estado de salud general, nos planteamos los **objetivos 9 y 10** de este primer trabajo. *Objetivo 9.-* Estudiar factores de riesgo y protección en la calidad de vida valorada a través del FIQ *Objetivo 10.-* Estudiar factores de riesgo y protección en el estado de salud valorado a través del Nottingham.

Objetivo 9.- Estudiar factores de riesgo y protección en la calidad de vida valorada a través del FIQ

Tabla 47. Influencia de variables psicosociales y AVE en Calidad de vida (FIQ).

Variable	Severidad FIQ (FIQ>70)
Situación de litigio↑	p<0,0001; OR 6,60; IC 95% 3,17-13,73
Maltrato en la infancia↑	p= 0,011; OR 2,33; IC 95% 1,20-4,51
AVE edad adulta↑	p=0,012; OR 2,08; IC 95% 1,77-3,69
AVE año previo↑	p=0,002; OR 2,79; IC 95% 1,44-5,41
AVE edad adulta + año previo↑	p=0,004; OR 2,31; IC 95% 1,29-4,11
Maltrato + año previo↑	p=0,010; OR 2,52; IC 95% 1,23-5,18
Ansiedad rasgo↑	p<0,0001; OR 7,16; IC 95% 3,57-14,33
Ansiedad estado↑	p<0,0001; OR 3,70; IC 95% 2,02-6,79
Depresión BDI↑	p<0,0001; OR 6,01; IC 95% 3,20-11,26

Los resultados del análisis muestran que existe asociación estadísticamente significativa entre estar en litigio, maltrato en la infancia, AVE en edad adulta, AVE año previo al dolor, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión BDI con presentar en la actualidad peor calidad de vida valorada por el FIQ. Si tenemos en cuenta el límite inferior, las variables maltrato en la infancia, AVE edad adulta, AVE año previo, AVE edad adulta + año previo y Maltrato + año previo no tienen peso pues multiplican por 1 dicha posibilidad, algo que no es relevante. En cambio, cogiendo el valor más prudente, estar en litigio, ajustada por el resto de variables, multiplica por 3 tener FIQ severo en la actualidad y también tener ansiedad rasgo y depresión multiplica por 3 la posibilidad de tener un FIQ>70.

Se realiza un análisis multivariante de las diferentes variables que han mostrado una relación estadísticamente significativa con la calidad de vida actual valorada por el FIQ (litigio, maltrato en la infancia, AVE edad adulta, AVE año anterior, maltrato a más AVE año previo, AVE edad adulta más AVE año previo, ansiedad STAI rasgo-estado y depresión BDI), es decir, estudiar la interrelación de dichas variables para ver si hay alguna que puede predecir el estado de la calidad de vida (FIQ)

Los resultados del análisis demuestran que existe asociación entre estar en litigio y FIQ severo ($p<0,0001$), AVE en el año previo a la aparición del dolor ($p=0,048$) y FIQ severo y depresión BDI ($p=0,003$) y FIQ severo. Podemos decir (cogiendo el valor más prudente) que **estar en litigio, ajustada por AVE año previo y depresión, multiplica por 3 la posibilidad de tener un FIQ>70**. Las otras dos variables tienen menos peso ya que multiplican por 1 la posibilidad de tener FIQ>70

Objetivo 10.- Estudiar factores de riesgo y protección en la calidad de vida valorada a través del Nottingham.

Tabla 48. Influencia de variables psicosociales y AVE en estado de salud (Nottingham).

Variable	Severidad Nottingham (Not.>70)
Actividad laboral↓	p<0,0001; OR 0,32; IC 95% 0,17-0,61
Estar en litigio ↑	No asociación
Más tiempo de dolor ↓	p=0,016
AVE infancia	No asociación
Maltrato infancia. ↑	P<0,0001; OR 3,13; IC 95% 1,62-6,02
Abuso sexual infancia	No asociación. Muestra pequeña
AVE edad adulta	No asociación
AVE año previo sintomatología dolorosa↑	p=0,009; OR 2,02; IC 95% 1,06-3,84
AVE en infancia+ edad adulta I↑	p=0,031; OR 2,62; IC 95% 2-5,53
AVE infancia +año previo↑	p=0,027; OR 1,97; IC 95% 1,07-3,61
Maltrato +año previo. ↑	P=0,001; OR 3; IC 95% 1,50-6,03
AVE edad adulta+año previo↑	p=0,036; OR 1,86; IC 95% 1,04-3,33
AVE en infancia+ edad adulta +año previo↑	p=0,008; OR 2,49; IC 95% 1,26-4,93
Ansiedad rasgo STAI↑	p<0,0001; OR 14,82; IC 95% 5,09-43,09.
Ansiedad estado STAI↑	p<0,0001; OR 5,72; IC 95% 2,75-11,86
Depresión BDI↑	p<0,0001; OR 14,74; IC 95% 5,96-36,57

Se realiza un análisis multivariante de las diferentes variables que han mostrado una relación estadísticamente significativa con el estado de salud general actual valorado por el Nottingham (situación laboral, tiempo de inicio del dolor, maltrato en la infancia, AVE año anterior, depresión BDI y ansiedad STAI estado y rasgo), es decir, estudiar la interrelación de dichas variables para ver si hay alguna que puede ser predictora del estado de salud según Nottingham

Los resultados del análisis demuestran que existe asociación entre situación laboral y Nottingham severo (p=0,008), ansiedad rasgo y Nottingham severo (p=0,014), y depresión BDI y Nottingham severo (p<0,0001). Podemos decir (cogiendo el valor más prudente) que estar en situación de incapacidad laboral, ajustada por depresión y ansiedad, multiplica por 1,3 la

posibilidad de tener un Nottingham>70, tener ansiedad rasgo patológica, ajustada por incapacidad laboral y depresión, multiplica por 1,3 la posibilidad de tener un Nottingham>70, y tener depresión según BDI, ajustada por la situación laboral y ansiedad rasgo, multiplica por 2,7 la posibilidad de tener Nottingham>70.

Como conclusión de los resultados de este primer trabajo, aunque hemos de tener en cuenta que el número de sujetos es limitado (FM N=73; control N=60) vemos que se confirman las hipótesis de los objetivos estudiados. Los pacientes con fibromialgia han tenido más AVE que la población general en infancia, edad adulta y año previo a la aparición del dolor; tienen más síntomas y trastornos de ansiedad y depresión que la población general; tienen más depresión y dificultades en las relaciones interpersonales, valoradas a través de la constelación de depresión e Inhabilidad social del test de Rorschach que la población general; tienen más rasgos psicossomáticos de personalidad referidos a la capacidad de mentalización que la población general.

También se confirma que las características psicossociales influyen en la FM; los sujetos que han tenido más AVE a lo largo de su vida van a tener más psicopatología en la actualidad y peor calidad de vida y estado de salud. Existen variables psicossociales que influyen en la depresión y ansiedad de los pacientes con FM. Existen variables psicossociales que influyen en la psicopatología valorada a través del test de Rorschach, aunque en este caso la hipótesis era que dichas variables influían en tener más psicopatología y los resultados muestran que la relación es inversa, es decir, protegen de tener depresión e Inhabilidad social según el test de Rorschach. También se confirman las hipótesis de que existen variables psicossociales que influyen en el impacto de la FM en la calidad de vida valorada a través del FIQ y variables psicossociales que influyen en el estado de salud valorada a través del Nottingham.

5.2.-Resultados del segundo trabajo.

El objetivo de este trabajo es comprobar la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica breve de grupo. Para ello se realizará:

- Evaluación de la mejoría con asociación estadísticamente significativa de los síntomas principales de la FM a través de cuestionarios autoadministrados
- Evaluación de la mejoría siguiendo criterios de severidad medida a través de cuestionarios autoadministrados.
- Evaluación de la mejoría con relevancia o significación clínica.
- Evaluación de la mejoría con asociación estadísticamente significativa de los síntomas principales de la FM a través del test de Rorschach.
- Estudio de la eficacia de un tratamiento psicoterapéutico grupal comparado con grupo control de lista de espera.
- Abandonos
- Evaluación cualitativa Análisis de los contenidos grupales que más aparecen a través de los emergentes.
- Evaluación cualitativa de mejoría y cambios percibida por los pacientes.

El objetivo de esta evaluación es comprobar la efectividad de la intervención realizada y detectar nuevas necesidades para mejorar la calidad de la atención ofrecida a esta población.

5.2.1.- Evaluación de la mejoría con asociación estadísticamente significativa de los síntomas principales de la FM a través de cuestionarios autoaplicados.

Se realiza un estudio de intervención no aleatoria de cohorte única, longitudinal y prospectivo. Para la comparación de variables cuantitativas se realiza una T de Student pareada y para variables categóricas Chi-cuadrado. Se realiza evaluación pre y post- psicoterapia mediante test de ansiedad (STAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Cuestionario de Impacto de la FM

(FIQ) y Cuestionario de Salud General (Nottingham). Paralelamente a la intervención psicoterapéutica grupal los pacientes siguen tratamiento en la consulta de psiquiatría y reumatología.

La intervención psicoterapéutica grupal se divide en tres períodos: en un primer momento se realizan 12 sesiones de psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica coordinada con Técnica de Grupo Operativo en las que también se incluye psicoeducación y aprendizaje de técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del dolor, transcurridos 6 meses se realizan otras 5 sesiones de psicoterapia de orientación psicoanalítica con Técnica de Grupo Operativo (TGO) y transcurridos otros 6 meses otras 5 sesiones de psicoterapia de orientación psicoanalítica con TGO (gráfico 3, p. 63). Dicho encuadre permite no generar una lista de espera demasiado larga y el hecho de permanecer más tiempo en psicoterapia permite una mayor generalización de los resultados.

De la muestra inicial de 207 sujetos disponemos datos de 152 para la evaluación de la primera intervención, 109 para la segunda y 124 de la tercera. La disminución de pacientes se debe a los abandonos, cuestionarios que no se han recogido o que no son válidos. Las características sociodemográficas son similares en los pacientes que terminan la psicoterapia a las ofrecidas por los pacientes iniciales por lo que son muestras comparables. A continuación se reflejan los resultados en las diferentes variables a lo largo de las tres intervenciones.

Tabla 49. Mejoría de la psicoterapia con asociación estadísticamente significativa.

Instrumento	Variable	Intervención psicoterapéutica	Diferencia de medias	IC95% de la diferencia	p
STAI-R	Ansiedad rasgo	3 meses	-1,98	-3,40 a -0,55	p=0,007
		6 meses	-2,72	-4,77 a -0,67	p= 0,010
		12 meses	-3,26	-5,24 a -1,28	p=0,001
STAI-E	Ansiedad Estado	3 meses	-3,31	-5,08 a -1,53	p<0,0001
		6 meses	-4,32	-6,91 a -1,72	p= 0,001
		12 meses	-4,40	-6,57 a -2,22	p<0,0001
BDI	Depresión	3 meses	-1,86	-2,79 a -0,92	p<0,0001
		6 meses	-2,34	-3,61 a -1,07	p<0,0001
		12 meses	-1,93	-3,31 a -0,55	p=0,006
FIQ	Calidad de vida	3 meses	-4,05	-6,2 a -1,88	p<0,0001
		6 meses	-6,36	-9,30 a -3,42	p<0,0001
		12 meses	-5,63	-8,48 a -2,79	p<0,0001
Nottingham	Estado de salud	3 meses	-4,19	-6,56 a -1,82	P=0,001
		6 meses	-6,39	-9,30 a -3,42	p<0,0001
		12 meses	-5,02	-8,48 a -2,79	p=0,002

Observamos que existe una mejoría con significación estadística en todas las variables evaluadas (ansiedad, depresión, calidad de vida y estado de salud) tras la primera intervención de 12 sesiones, dicha mejoría aumenta tras la intervención de 5 sesiones a los 6 meses en todas las variables y se mantiene después de la tercera intervención a los 12 meses. Es interesante señalar que en depresión, calidad de vida y estado de salud la media que revela mayor mejoría es tras la segunda intervención disminuyendo ligeramente tras la tercera.

En cuanto a las dimensiones del FIQ la mejor evolución se refiere a la percepción de bienestar, el cansancio y la depresión pues la mejoría se mantiene con significación estadística a lo largo de toda la intervención psicológica y la intensidad de dolor a los 6 y 12 meses. No se observa mejoría con significación estadística en la dimensión rigidez.

En cuanto a las dimensiones del Nottingham la referida a las reacciones emocionales mejora en todas las intervenciones, el dolor a los 3 y 6 meses y el sueño a los 6 y 12. No se observa mejoría con significación estadística en movilidad física en ninguna de las intervenciones.

5.2.2.- Evaluación de la mejoría siguiendo criterios de severidad medida a través de cuestionarios autoaplicados. Significación clínica.

Estudiamos el porcentaje de sujetos cuya severidad sintomática, evaluada a través de cuestionarios autoaplicados, se considera patológica o con repercusiones muy importantes en la calidad de vida y estado de salud y que, una vez finalizada la psicoterapia, los resultados están por debajo de los puntos de corte elegidos como indicadores de severidad. Dichos puntos de corte son: para la depresión valorada por el BDI una puntuación mayor de 17; ansiedad rasgo y ansiedad estado valorada a través del STAI, una puntuación igual o por encima del percentil 75 y, respecto al impacto en la calidad de vida y estado de salud general, elegimos como punto de corte la severidad en el FIQ y el Nottingham (puntuación superior a 70). Los resultados se pueden ver en la tabla siguiente.

Tabla 50. Mejoría en indicadores psicológicos y psicosociales asociada a la psicoterapia siguiendo criterios de severidad medida a través de cuestionarios autoaplicados.

variable	Pre-psicoterapia	Post-3meses	Post- 6 meses	Post -12 meses
Depresión BDI	61%	54,6%	50%	44,7%
Ansiedad rasgo STAI-R	70%	59,9%	57,5%	49,6%
Ansiedad Estado STAI-E	64%	53,6%	47,2%	49,6%
Severidad FIQ	54,7%	42,2%	41,8%	41,1%
Severidad Nottingham	37,8%	25,5%	23,8%	33,1%

Los porcentajes indican la proporción de casos que tiene una puntuación mayor de 17 en BDI, puntuación centil mayor de 74 en STAI y puntuación mayor de 70 en FIQ y Nottingham y que indican patología y severidad en las áreas valoradas. Encontramos que un 16% de sujetos que tenían depresión (BDI) no la tienen después de la psicoterapia; un 20% de sujetos que tenían ansiedad rasgo patológica no la tienen después de la psicoterapia; un 14% de sujetos

que tenían ansiedad estado patológica no la tienen después de la psicoterapia; un 14% de sujetos que tenían un impacto muy severo en la calidad de vida no lo tienen después de la psicoterapia y un 5% de sujetos que tenían un impacto muy severo en el estado de salud no lo tienen después de la psicoterapia.

A pesar de que el porcentaje de sujetos que tenía patología antes de la intervención y no la tiene después de la misma no es muy elevado creemos que estos resultados también avalan la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica breve de grupo integrada en un abordaje multidisciplinar. Hemos de tener en cuenta que la severidad en cuanto a la psicopatología y calidad de vida de nuestros sujetos es un factor que interfiere en la mejoría observada en este análisis.

5.2.3.- Evaluación de la mejoría con relevancia o significación clínica.

Para que un tratamiento sea considerado eficaz, además de evaluar la mejoría sintomática con asociación estadísticamente significativa es fundamental que la mejoría (en nuestro caso la disminución de la puntuación en los cuestionarios al comparar los resultados posteriores a la psicoterapia con los resultados obtenidos antes de la misma) sea tal que pueda ser percibida por el sujeto y por el clínico, es decir que el tratamiento suponga una mejoría con relevancia o significación clínica en la variable que se estudia.

Para evaluar la mejoría con relevancia clínica y teniendo en cuenta que muchos de nuestros sujetos tienen depresión severa según el BDI hemos considerado que una disminución en la puntuación del BDI de 6 puntos después de la psicoterapia supone mejoría clínica, y hemos encontrado que el 30% de los sujetos mejora siguiendo este criterio. Hemos tomado el mismo criterio, la disminución de 6 puntos en el STAI como mejoría con repercusión clínica y el 37% de sujetos termina la psicoterapia con esta disminución en la puntuación del STAI-R. En cuanto al Nottingham hemos elegido como criterio de disminución 10 puntos en base a la experiencia clínica observando que el 29% de sujetos mejora en este rango.

Se ha planteado la disminución de 6 puntos en el BDI y en el STAI y de 10 puntos en el Nottingham como criterio de mejoría con relevancia clínica en base a la severidad de nuestros pacientes y la observación clínica de la autora, aunque el hecho de no disponer de referencias de otras investigaciones con las que comparar estos datos es una limitación que ha de tenerse en cuenta a la hora de interpretar estos resultados. No obstante, dichos resultados en cuanto a la eficacia clínica de la psicoterapia son muy sugerentes como para continuar con esta línea de investigación.

Hemos estudiado **la mejoría con relevancia clínica en la calidad de vida**. La valoración de la calidad de vida en pacientes con FM es fundamental ya que las patologías que cursan con dolor crónico afectan a la capacidad funcional. Por otra parte las limitaciones que van generando pueden provocar sintomatología añadida en la esfera psicológica por lo que es necesario incluir tratamientos psicológicos para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Se realiza un estudio de intervención no aleatoria de cohorte única, longitudinal y prospectivo. Se aplica el Cuestionario de impacto de la FM en la calidad de vida (FIQ) antes y después de la psicoterapia.

El uso del FIQ en medir los cambios debidos a las intervenciones en FM requiere obtener un cambio clínicamente significativo para ese instrumento. Bennet, Bushmakín, Cappelleri, Zlateva y Sadosky (2009) han estudiado cuál es la mínima diferencia clínicamente importante estimando que es el 14% (95% intervalo de confianza). Los análisis indican que un cambio del 14% en la puntuación total del FIQ es clínicamente relevante, y los resultados de estos análisis deberían realzar la utilidad clínica del FIQ en la investigación y la práctica.

Teniendo en cuenta este criterio de que la mejoría en el FIQ con relevancia clínica es el 14% de disminución en la puntuación total después de la psicoterapia, observamos que el 26,3% (n=152) de los sujetos tienen dicha respuesta después de la primera intervención psicoterapéutica (a los 3 meses), el 43,1% (n=109) después de la segunda y el 38,2% (n=123) después de la tercera. Es importante señalar que no todos los sujetos que se pierden son por

abandono del tratamiento sino que hay un porcentaje que no cumplimenta los cuestionarios posteriores o no son válidos.

Al realizar un análisis multivariante se observa que las variables que predicen de forma independiente una respuesta clínicamente significativa son comorbilidad reumatológica en las dos primeras intervenciones psicoterapéuticas $p=0,015$ y $p=0,016$; y mayor nivel educativo al final del todo el tratamiento $p=0,046$. Aunque no existe asociación estadísticamente significativa hay que destacar que mejoran más quienes ofrecen puntuaciones más altas en el FIQ.

En un intento de integrar aspectos más cualitativos de la investigación para poder delinear tratamientos más eficaces, hemos analizado los principales temas, focos o **conflictos trabajados en psicoterapia** por cada sujeto. Todos los sujetos abordan el tema de la adaptación a la enfermedad y aspectos más biográficos y emocionales pero se ha observado que algunos sujetos se centran más en los aspectos vitales y otros en las limitaciones de la enfermedad. Los conflictos o áreas psicológicas trabajados en la psicoterapia se muestran en la tabla 51.

Tabla 51. Tema principal tratado en psicoterapia de grupo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	adaptación a la enfermedad	66	31,9	34,9	34,9
	maltrato en la infancia	13	6,3	6,9	41,8
	conflicto padres	29	14,0	15,3	57,1
	conflicto pareja	18	8,7	9,5	66,7
	duelos	17	8,2	9,0	75,7
	enfermedades previas del paciente	7	3,4	3,7	79,4
	enfermedades familiares	29	14,0	15,3	94,7
	otros	10	4,8	5,3	100,0
	Total	189	91,3	100,0	
Perdidos	Sistema	18	8,7		
Total		207	100,0		

Hemos relacionado los temas trabajados en psicoterapia con la mejoría con relevancia clínica en el FIQ y observamos que después de la primera intervención de 12 sesiones de psicoterapia grupal realizadas durante 3 meses, 51 sujetos de 146 trabajan de manera central la adaptación a la enfermedad pero de ellos sólo el 23,5% mejora con relevancia clínica frente al 76,5% que no lo hace; 22 sujetos trabajan como conflicto central la enfermedad de familiares pero sólo mejoran con relevancia clínica el 22,7%. Sin embargo de los 22 sujetos que trabajan el tema de los conflictos con los padres de manera central un 41% mejora con relevancia clínica y de los 14 sujetos que trabajan el tema de duelos un 35,7% mejora con relevancia clínica. Como conclusión podemos decir que los temas que más se trabajan en este período son la adaptación a la enfermedad y enfermedades de los familiares pero trabajar estos conflictos no es lo que más influye en la mejoría clínica del FIQ. Sin embargo trabajar el tema de los conflictos con los padres y los duelos tiene una influencia mayor en la mejoría.

Tabla 52. Respuesta clínica FIQ finalizada la primera intervención de psicoterapia de grupo de 12 sesiones

Respuesta clínica	Adaptación enfermedad	Maltrato infancia	Conflicto padres	Conflicto pareja	Duelo	Enferm. Previas	Enferm. familiares	Otros	Total
Sí	12 (23,5%)	3(33,3%)	9(40,9%)	4(26,7%)	5(35,7%)	0(0%)	5(22,7%)	1(12,5%)	39(26,7%)
No	39 (76,5%)	6(66,7%)	13(59,1%)	11(73,3%)	9(64,3%)	5(100%)	10(58,8%)	7(87,5%)	107(73,3%)
Total	51 (100%)	9(100%)	22(100%)	15(100%)	14(100%)	5(100%)	22(100%)	8(100%)	146(100%)

En el segundo período de psicoterapia observamos que los conflictos que más se trabajan son adaptación a la enfermedad (32 sujetos de 105), enfermedades de otros familiares (16 sujetos) y conflicto con los padres (15 sujetos). Pero los porcentajes de pacientes que mejoran más son los que trabajan conflictos con los padres, seguido de enfermedades familiares, adaptación a la enfermedad y maltrato en la infancia.

Tabla 53. Respuesta clínica FIQ finalizada la segunda intervención de psicoterapia de grupo de 17 sesiones.

Resp. clínica	Adaptación enfermedad	Maltrato infancia	Conflicto padres	Conflicto pareja	Duelo	Enferm. Previas	Enferm. familiares	Otros	Total
Sí	13 (40,6%)	4(40%)	8(53,3%)	1(12,5%)	4(33,3%)	3(50%)	8(50%)	4(66,7%)	45(42,9%)
No	19 (59,4%)	6(60%)	7(46,7%)	7(87,5%)	8(66,7%)	3(50%)	8(50%)	2(33,3%)	60(57,1%)
Total	32 (100%)	10(100%)	15(100%)	8(100%)	12(100%)	6(100%)	16(100%)	6(100%)	105(100%)

En el tercer período (n=120) los pacientes que realizan la psicoterapia trabajan la adaptación a la enfermedad (37 sujetos), enfermedades familiares (17 sujetos), conflicto padres (17sujetos), duelos (15 sujetos) y maltrato en la infancia (12 sujetos). Pero observamos que, en este momento del tratamiento psicoterapéutico, trabajar la adaptación a la enfermedad no supone mucha mejoría (el 29,7% de los sujetos que se centran en este aspecto mejoran con relevancia clínica en el FIQ). Sin embargo el 66,7% de los sujetos que trabajan el tema del maltrato mejoran con relevancia clínica en el FIQ; el 58,8% de los que trabajan el tema de los conflictos con los padres mejoran con relevancia clínica y el 41,2% enfermedades de familiares. Los resultados se muestran en la tabla 54.

Tabla 54. Respuesta clínica FIQ finalizada la psicoterapia completa de 22 sesiones.

Respuesta clínica	Adaptación enfermedad	Maltrato infancia	Conflicto padres	Conflicto pareja	Duelo	Enferm. Previas	Enferm. familiares	Otros	Total
Sí	11(29,7%)	8(66,7%)	10(58,8%)	1(11,1%)	3(20%)	2(33,3%)	7(41,2%)	4(57,1%)	46(38,3%)
No	26 (70,3%)	4(33,3%)	7(41,2%)	8(88,9%)	12(80%)	4(66,7%)	10(58,8%)	3(49,2%)	74(61,7%)
Total	37 (100%)	12(100%)	17(100%)	9(100%)	15(100%)	6(100%)	17(100%)	7(100%)	120(100%)

Como conclusión los temas que más se trabajan son adaptación a la enfermedad, enfermedades de otros familiares y conflictos con los padres. También encontramos que muchos sujetos se centran en la adaptación a la enfermedad sin poder abordar otros aspectos más psicodinámicos, pero centrarse en la adaptación a la enfermedad no es lo que supone mayor mejoría en la calidad de vida.

Lo que más incide en la mejoría en la calidad de vida es trabajar:

- conflictos con los padres , duelos y maltrato en la infancia en el primer período
- conflictos con los padres, enfermedades familiares, maltrato en la infancia y adaptación a la enfermedad en el segundo período
- maltrato, conflictos con los padres y enfermedades de familiares en el tercer período.

Aunque lo que más preocupa son las repercusiones de la enfermedad parece que el poder trabajar otros aspectos psicodinámicos es lo que más influye en mejorar la calidad de vida con relevancia clínica en el FIQ. Puede ser porque la repercusión de estos aspectos implica peor calidad de vida o porque la psicoterapia empleada va dirigida fundamentalmente a tratar estos aspectos.

Para analizar la diferencia entre trabajar conflictos psicodinámicos o adaptación a la enfermedad en cuanto a la repercusión en la mejoría clínica valorada a través del FIQ con significación estadística se transforma la variable conflictos trabajados en dicotómica: adaptación a la enfermedad y conflictos psicodinámicos (en esta variable se seleccionan los sujetos que han trabajado conflictos en relación con los padres y maltrato en la infancia ya que el resto de variables pueden referirse tanto a situaciones de la infancia como a situaciones posteriores).

Encontramos que existe asociación estadísticamente significativa $p=0,009$ (Chi cuadrado 6,902) en los sujetos que realizan la psicoterapia de 22 sesiones y han trabajado temas o conflictos psicodinámicos frente a quienes se han centrado en la adaptación a la enfermedad.

Es decir, en psicoterapias más breves no hay relación entre trabajar aspectos más psicodinámicos con la mejoría con relevancia clínica en el FIQ pero en los sujetos que finalizan la psicoterapia sí se observa relación significativa entre ambas variables. También podemos pensar que son estos sujetos los que tienen mejor adherencia a este tipo de tratamiento porque se trabajan aspectos conflictivos para ellos.

Se ha comprobado si los sujetos que trabajan en psicoterapia los conflictos con los padres y la situación de maltrato se corresponden con los sujetos que han tenido situación de maltrato y AVE en infancia, observando una asociación estadísticamente significativa entre estas dos situaciones $p < 0,0001$

5.2.4.- Evaluación de la mejoría con asociación estadísticamente significativa a través del test de Rorschach.

Se administra el test de Rorschach a un grupo de pacientes ($n=51$) antes y después de la psicoterapia breve de grupo de orientación psicoanalítica coordinada con Técnica de Grupo Operativo consistente en 22 sesiones, para evaluar la mejoría de la psicoterapia a través de este instrumento diagnóstico. Para evaluar la mejoría en variables cuantitativas paramétricas pre y post psicoterapia se utiliza la Prueba T para muestras relacionadas. Para evaluar las variables no paramétricas se aplica la Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Para evaluar variables categóricas se utiliza Tablas de contingencia Chi cuadrado y prueba de McNemar (significación exacta bilateral)

Respecto a las **variables paramétricas** se muestran los resultados en los que se ha conseguido una diferencia pre y post con asociación estadísticamente significativa.

Ajuste y precisión perceptiva: FQX+; X+%; XA%

FQX+: la diferencia de medias entre FQX+ post y pre es de -0,11; Intervalo de confianza de 95% de la diferencia de medias. Límite inferior -0,2250 - Superior -0,0102. $p=0,032$. Hay más respuesta FQX+ después de la psicoterapia: **↑la precisión perceptiva.**

X+ %: la diferencia de medias entre X+% post y pre es de -0,069; Intervalo de confianza de 95% de la diferencia de medias: Límite inferior -0,111- Superior -0,026. $p=0,002$. Hay más X+% después de la psicoterapia: **↑ajuste perceptivo.**

XA% $p<0,0001$. Hay más XA% después de la psicoterapia.

Distorsiones y sesgos perceptivos: X-%; Xu%; Idio

X- %: la diferencia de medias entre X-% post y pre es de 0,039; Intervalo de confianza de 95% de la diferencia de medias: Límite inferior. 0,006- Superior 0,072 $p=0,021$. Hay menos X-% después de la psicoterapia: **↓distorsiones perceptivas.**

Xu %: la diferencia de medias entre Xu% post y pre es de 0,045; Intervalo de confianza de 95% de la diferencia de medias: Límite inferior 0,0029- Superior 0,087. $p=0,037$. Hay mmenos Xu% después de la psicoterapia: **↓sesgos perceptivos.**

Idio: la diferencia de medias entre Idio post y pre es de 0,0196; Intervalo de confianza de 95% de la diferencia de medias: Límite inferior 0,009- Superior 0,0382. $p=0,040$. Hay menos Idio después de la psicoterapia: **↓respuestas individualizadas o muy diferentes a las habituales.**

Relaciones interpersonales

COP: Tendencia a la significación $p=0,059$. Hay más COP después de la psicoterapia: **↑ capacidad para establecer vínculos positivos, cooperativos.**

GHR $p<0,0001$. Hay más GHR después de la psicoterapia: **↑ buena percepción del elemento humano.**

PHR $p=0,018$. Hay menos PHR después de la psicoterapia **↑ la capacidad para establecer vínculos interpersonales.**

Per. $P=0,031$. Hay más per antes de la psicoterapia. **↓ la defensividad o el temor a ser puestos a prueba o un tipo de defensividad más infantil o menos elaborada**

Respecto a las **variables no paramétricas** a pesar de que son valores pequeños porque son poco frecuentes y, por lo tanto, deberíamos hablar más de tendencia que de hechos demostrados, observamos que:

Disminuye la actitud evitativa y oposicionista a la hora de acercarse al campo estimular. Dd $p=0,001$ y **S** $p=0,015$.

Aumenta el registro de sentimientos ambivalentes o generadores de malestar afectivo (baja alexitimia) **Múltiple Color Clarooscuro** $p=0,030$. Hay más post. **Menor tendencia a la negación de los afectos. CP** $p=0,001$ Hay menos post. **Menor defensividad. Ge** $p=0,021$ Hay menos post. **Menor tendencia al descontrol Ex** $p=0,046$ Hay menos post.

Se observa **menos preocupación por el cuerpo An** $p=0,003$ Hay menos post

Llama la atención que disminuye las respuestas FD $p=0,008$ lo que indicaría **que usan menos la introspección.**

Respecto a las **constelaciones de Rorschach**, al evaluar la eficacia de la psicoterapia en cuanto a las constelaciones positivas del test de Rorschach nos encontramos con que las muestras son muy pequeñas ya que no son muchos los sujetos que tienen dichas constelaciones positivas y este hecho hace que no se observe mejoría con significación estadística, aunque desde la observación clínica o desde la evaluación cualitativa de los propios pacientes sí se detecta cambio y mejoría. Por este motivo, como hemos dicho anteriormente, hemos creado otra categoría a la que hemos denominado **sintomatología o malestar depresivo** e incluimos a los sujetos con Índice de Inhabilidad Social positivo y además a los sujetos que tienen 4 ítems en el Índice de depresión, observando **una mejoría con asociación estadísticamente significativa en sintomatología o malestar depresiva** $p=0,015$. Un 79,2% de sujetos que tenían dicha sintomatología depresiva antes de la psicoterapia no la tienen después de la misma.

Podemos concluir, respecto a la evaluación del cambio en indicadores del test de Rorschach pre y post psicoterapia, que la psicoterapia ha supuesto **una mejoría en la esfera perceptiva**

(aumenta la precisión perceptiva; aumenta el ajuste perceptivo; disminuyen las distorsiones perceptivas; disminuyen los sesgos perceptivos y disminuyen las respuestas individualizadas o muy diferentes a las habituales). Una **mejoría en las relaciones interpersonales** (aumenta la capacidad para establecer vínculos positivos o cooperativos; aumenta la capacidad para establecer vínculos interpersonales y disminuye la defensividad o el temor a ser puestos a prueba o un tipo de defensividad más infantil o menos elaborada). **Disminuye la actitud evitativa y oposicionista. Aumenta el registro de sentimientos ambivalentes o generadores de malestar afectivo** (baja alexitimia). **Menor tendencia a la negación de los afectos. Menor defensividad. Menor tendencia al descontrol. Menor preocupación por el cuerpo. Mejoría en sintomatología o malestar depresivo.**

5.2.5- Estudio de la eficacia de un tratamiento psicoterapéutico grupal comparado con grupo control de lista de espera.

Se compara la mejoría experimentada por pacientes con FM que siguen tratamiento médico habitual con otro grupo de pacientes que, además, realizan tratamiento psicológico en el que se incluye psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica. Se valoran los síntomas más frecuentes de la enfermedad y se utilizan cuestionarios habituales en la evaluación de estos pacientes.

El grupo control de tratamiento médico habitual sin psicoterapia se obtiene de la lista de espera. Sólo se puede comparar la primera intervención de 12 sesiones porque comparar el resto de la intervención supondría tener a los pacientes sin intervención psicoterapéutica durante mucho tiempo y no sería ético. Los tres meses corresponderían al tiempo de espera de los pacientes en ese momento.

Se realiza un estudio de intervención no aleatoria de cohortes prospectivo. Se analizan 2 muestras de pacientes diagnosticados de FM:

- Un grupo control (91 sujetos, en lista de espera y con tratamiento psicofarmacológico) y

- Un grupo experimental (116 sujetos con tratamiento psicofarmacológico e intervención psicoterapéutica grupal, consistente en psicoeducación con aprendizaje de técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del dolor y psicoterapia de orientación psicoanalítica).

Ambas muestras son homogéneas en variables sociodemográficas, la diferencia está en que el grupo experimental ha realizado psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica de 12 sesiones y el grupo control no ha realizado dicha psicoterapia.

Se analizan puntuaciones pre y post de ambos grupos en ansiedad (STAI), depresión (BDI), calidad de vida (FIQ) y estado de salud general (Nottingham).

Tabla 55. Mejoría grupo experimental respecto a grupo control.

Variable	Puntuación media en la mejoría Grupo control	Puntuación media en la mejoría Grupo experimental	Diferencia de medias. Significación estadística.
Ansiedad-rasgo STAI	1,17	-2,71	3,89 puntos (IC95%: 1,14 -6,94; p=0,006)
Ansiedad-estado STAI	1,16	-3,78	4,95 puntos (IC95%:1,68 -8,21-7,68; p=0,003);
Depresión BDI	0,34	-2,81	3,16 puntos (IC95%:1,37-4,94; p=0.001)
Calidad vida Total FIQ	0,70	-4,93	5,63 puntos (IC95%:1,90-9,37 p=0,003)
FIQ1Frecuencia actividades vida diaria	0,24	-0,28	0,52 puntos (IC95% 0,031-1,01 p= 0.037)
FIQ2 Percepción de bienestar	0,36	-0,84	1,21 puntos (IC95%;0,35-2,06 p= 0.007)
FIQ10 Depresión	0,48	-0,64	1,13 puntos (IC95%:0,31-1,95 p= 0.007).
Perfil de salud Nottingham	-0,09	-6,05	5,96 puntos (IC95%:1,57-10,36 p= 0.008)
Nottingham Dolor	-1,03	-6,40	5,37 puntos (IC95%:0,73-10,01 p=0.024)
Nottingham Aislamiento Social	2,34	-10,61	12,95 puntos (IC95%:5-20,91 p= 0.002)
Nottingham Reacc. emocionales	0,60	-8,50	9,10 puntos (IC95%:1,79-16,41 p= 0.015)

La intervención psicológica se muestra eficaz en ansiedad, depresión, calidad de vida y estado de salud general. En cuanto a las áreas valoradas por el FIQ la mejoría se refiere a la frecuencia de actividades de la vida diaria, percepción de bienestar y depresión. En cuanto a las áreas valoradas por el Nottingham la mejoría se refiere al dolor, aislamiento social y reacciones emocionales.

5.2.6.- Abandonos de la psicoterapia

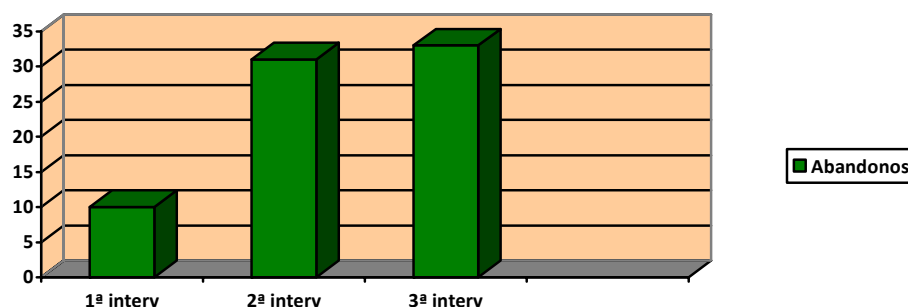
Es importante analizar la adherencia al tratamiento para poder mejorar los encuadres terapéuticos y para ello se analizan los casos de abandono de la psicoterapia grupal. Se describen los porcentajes y causas de abandono y se relacionan con diferentes variables para investigar sobre posibles factores de riesgo o predicción de abandonar este tratamiento psicoterapéutico.

De la muestra inicial de 207 sujetos, después de **la primera intervención de 12 sesiones** abandonan 21 sujetos lo que supone un **10,1%** (63,6 % motivo desconocido, 18,2% rechazo del tratamiento, 4,5% por trabajo, 4,5% enfermedad o intervención quirúrgica, 4,5% problemas familiares y 4,5% otros)

Después de la **segunda intervención** (5 sesiones más realizadas 6 meses después de la primera intervención; total 17 sesiones) abandonan 64 sujetos lo que supone un **31,2%** (39,7 % motivo desconocido, 11,1% rechazo del tratamiento, 15,9% por trabajo, 12,7% enfermedad o intervención quirúrgica, 4,8% problemas familiares, no localizado 9,5%, traslado de residencia 1,6% y 4,8% otros)

Después de la **tercera intervención** (5 sesiones más realizadas 6 meses después de la segunda intervención; total 22 sesiones) abandonan 62 sujetos lo que supone un **32,8%** (41,7 % motivo desconocido, 13,3% rechazo del tratamiento, 13,3% por trabajo, 10% enfermedad o intervención quirúrgica, 1,7% problemas familiares, no localizado 10%, traslado de residencia 1,7% y 8,3% otros).

Gráfico 10.- Porcentaje de abandonos de psicoterapia



Se estudian factores de riesgo de abandono: Se analiza la influencia de sexo, residencia, litigio, situación laboral, AVE infancia, maltrato, AVE edad adulta; AVE año previo, comorbilidd reumatológica, tratamiento psicológico previo, psicopatología, ansiedad rasgo y estado patológica, depresión, FIQ severo, Nottingham severo.

La única variable que puede predecir abandono en la primera intervención es el lugar de residencia ($p=0,029$), abandonan más los que viven en medio rural.

La única variable que puede predecir abandono en la segunda intervención es: estar en litigio para conseguir la incapacidad ($p=0,048$), abandonan más quienes no están en litigio, por lo tanto, estar en litigio se asocia con mayor adherencia al tratamiento (puede ser precisamente por necesitar informes para conseguir la incapacidad).

Las variables que pueden predecir abandono en la tercera intervención son: estar en litigio para conseguir la incapacidad ($p=0,048$), abandonan más quienes no están en litigio, estar en litigio se asocia con mayor adherencia al tratamiento y Nottingham severo (Nottingham >70) ($p=0,046$), abandonan más quienes tienen peor estado de salud (puede ser por la propia dificultad de movilidad o por ingresos o intervenciones quirúrgicas)

5.2.7. Evaluación cualitativa. Análisis de los contenidos grupales a través de los emergentes.

Una de las aportaciones más novedosas y ricas de la Teoría de Grupo Operativo es la referida a los emergentes como manera de escuchar la dinámica grupal, además aproximadamente 20 minutos antes de terminar cada sesión se realiza la lectura de emergentes. Bauleo, Monserrat y Suárez (2005) denomina emergente a los signos que impactan al coordinador y que proporcionan pistas para una búsqueda de sentido de ese momento grupal. En nuestro caso nos referimos a los aspectos más relevantes o significativos reflejados por el observador del grupo.

Desde una perspectiva cualitativa de investigación, se han revisado los emergentes de todas las sesiones grupales, reflejando a continuación tanto los temas que más se repiten como las preocupaciones y dificultades psicológicas de los participantes. Además se analizan algunas alternativas que proponen para sentirse mejor. También se reflexiona sobre aspectos relativos a la técnica psicoterapéutica empleada. Se analizan los emergentes después de las dos primeras intervenciones

5.2.7.1.- Los temas que más aparecen son:

El diagnóstico.

En muchas ocasiones el diagnóstico de FM se realiza después muchos años con dolor y haber recorrido la consulta de múltiples especialistas. Después de esta situación, cuando la persona recibe el diagnóstico de FM suele sentir alivio y tranquilidad ya que el diagnóstico legitima, de alguna manera, lo que le pasa.

Pero es un diagnóstico muy reciente y controvertido por lo que, al cabo del tiempo, ese alivio inicial se transforma en frustración. Si no se saben las causas ni hay un tratamiento eficaz ¿de qué sirve tener un diagnóstico? Por otra parte, los pacientes refieren que cuando acuden al médico o a Urgencias, en muchas ocasiones los propios especialistas explican a través de la FM cualquier síntoma por el que consultan, no realizándoles exploraciones y pruebas necesarias, comprobándose posteriormente la presencia de otras lesiones y patologías.

Los sentimientos ante el diagnóstico de FM son ambivalentes, en un primer momento sienten tranquilidad por poder poner un nombre a lo que les pasa, pero posteriormente se sienten atrapadas en un diagnóstico o enfermedad que genera rechazo en los demás, fundamentalmente en el entorno sanitario. Refieren que el diagnóstico de FM no sólo no ofrece alternativas sino que limita la escucha de otros aspectos y síntomas del sujeto.

Comorbilidad reumatológica.

El tema de la comorbilidad o presencia de otros trastornos y enfermedades aparece con mucha frecuencia en las sesiones. En nuestra muestra el 61,9% de los pacientes tiene otras enfermedades reumáticas además de la FM. En algunos casos dichas enfermedades son previas al diagnóstico de FM, en otros casos son diagnosticadas con posterioridad.

En ocasiones es importante poder diferenciar los dolores de la FM de los derivados de otras enfermedades y abordarlos de diferente manera desde el punto de vista psicológico. En el caso de los síntomas derivados de otras enfermedades (artritis, artrosis, etc) se incorporan técnicas cognitivo-conductuales que se han mostrado eficaces para el manejo del dolor. Cuando no hay una causa física objetivable que explique el dolor se trabaja más desde una concepción psicodinámica, insistiendo en la situación psicosocial que puede desencadenar el síntoma e investigando el conflicto que puede estar en la base del mismo, relacionando dicho conflicto con la historia del sujeto.

De todos modos, en ambos casos (cuando hay una enfermedad comórbida o sin ella) se abordan las consecuencias del dolor y las limitaciones y la importancia de su elaboración psicológica, pues se observa que si no es así el sufrimiento es mayor.

Relaciones interpersonales.

Se detecta una tendencia generalizada al aislamiento, explicada por el hecho de no poder realizar las mismas actividades que los demás o las mismas actividades que realizaban antes.

El aislamiento y falta de comunicación y actividades repercute en la calidad de vida, desde un punto de vista físico no realizan el ejercicio necesario y desde el punto de vista emocional se pierde la satisfacción derivada de la relación con los otros, centrándose cada vez más en los síntomas y aumentando la percepción subjetiva de los mismos. En muchas ocasiones, terminan relacionándose fundamentalmente con la enfermedad o con otros enfermos.

También se pueden observar algunas características previas en cuanto a la forma de relacionarse con los otros: se consideran exigentes con los demás y frustrantes como consecuencia de dicha exigencia. “Forzamos a los demás. Exigimos mucho”. “Pedimos a los demás que reaccionen de una determinada manera”. “Queremos que los demás sean como nosotros queremos que sean”.

En muchas ocasiones se comunican a través de lo que se denominan “conductas de dolor”, expresan, piden y se comunican a través de dichas conductas: expresiones, quejas, señales encubiertas que no se ven claramente. El dolor se convierte en algo muy presente en las conversaciones, una forma de comunicarse. Como consecuencia se observa un deterioro en las relaciones. El espacio grupal favorece la detección de estas conductas y la visualización del efecto que la continua queja produce en los demás.

Por otra parte, la dinámica familiar cambia en cuanto a la distribución de tareas y actividades, exigiendo mayor participación del resto de los miembros de la familia. Este cambio de roles provoca resistencias, tanto en los pacientes ya que suelen ser personas que han asumido muchas responsabilidades y les resulta doloroso no poder continuar en ese lugar, como en los demás miembros de la familia. Es un aspecto que repercute de manera clara en las relaciones con los otros.

En la medida que avanza la psicoterapia, se aborda el efecto que puede tener la enfermedad en los demás, a partir del cual se pueden cambiar algunas dificultades de las relaciones interpersonales. El espacio grupal, en el que se refleja la posición que tienen en cuanto a la escucha y comunicación es de gran ayuda en este cambio ya que pueden descentrarse de su dolor y pensar en las consecuencias que su conducta tiene en los otros. Para conseguirlo es importante analizar la influencia de las relaciones infantiles con las actuales.

Los cambios psíquicos precisan de un tiempo y llevan un proceso. Estos cambios, sobre todo los referidos a lo relacional, se pueden conseguir mejor cuando son trabajados en grupo por todas las relaciones que en el mismo se generan.

Los vínculos.

En la psicoterapia se abordan aspectos relacionados con los vínculos establecidos en el grupo familiar de origen y actual, de manera permanente y en todos los grupos.

Llama la atención que, en el primer periodo de psicoterapia los integrantes se centran más en la relación con la madre, mientras que en el segundo período se abordan las relaciones con los hijos, con los padres y con los hermanos. Se trabajan el tema de los celos, rivalidades en la relación con los hermanos y la influencia en la relación con los hijos. Las situaciones de conflicto importante o maltrato en la relación de pareja se suelen tratar cuando el grupo lleva más tiempo, es decir, en el segundo o tercer período, siendo fundamental en estos casos la comprensión de los aspectos psicológicos implicados en esta situación y que, en muchas ocasiones están relacionados con situaciones infantiles de maltrato.

Es necesaria la resolución de conflictos en las relaciones pasadas para mejorar las relaciones actuales.

La comunicación.

En general en todos los grupos se reconoce y acepta la implicación que los propios integrantes tienen en las dificultades existentes en la comunicación. Aunque este aspecto no se observa en las primeras sesiones, en las que dichas dificultades están puestas de manera masiva en los otros, aspecto justificado por el rechazo que perciben por parte de los demás y las reacciones de malestar ante los cambios derivados de su enfermedad.

Hay dos aspectos que influyen de manera importante en este cambio en cuanto a su implicación en las dificultades en la comunicación actual, mejorando la misma y son: hablar de las carencias infantiles en los problemas en la comunicación y poder comunicarse y ser comprendidas en el grupo.

Se aborda el efecto que tienen en los demás sus cambios. Analizar todos estos aspectos permite descentrarse y mirar a los demás reconociendo sus necesidades y el sufrimiento que sus cambios también generan en los otros.

Relación médico-paciente.

Un tema que se repite en todos los grupos es la relación con los médicos. Refieren muchas experiencias en las que no se han sentido escuchadas por los profesionales sanitarios. Insisten que, en muchas ocasiones, el trato cambia cuando dichos profesionales saben que tienen FM pues, a partir de ese momento, la mayoría de los síntomas por los que consultan son explicados y tratados (o no tratados) como derivados de la FM. También suelen considerar la derivación al psicólogo desde Reumatología como algo negativo, “me quiere quitar de en medio” “cree que me invento los dolores”.

En la psicoterapia se aborda de manera permanente la relación con los profesionales sanitarios y, de ese modo, pueden pensar cuál es su lugar en dicha relación y mejorarla. Se

reconoce que muchas veces quieren que los demás resuelvan cosas que no se pueden resolver y piden cosas que el otro no puede dar. En muchas ocasiones estas dificultades se tramitan a través de la medicación, encontrándonos con situaciones en las que el malestar que se produce en ambas partes (médico y paciente) ante los síntomas que no sólo no mejoran sino que cada vez son más intensos, frecuentes o aparecen otros nuevos, se traduce en un aumento de medicación dejando muchas cosas fuera, sin ser escuchadas ni resueltas.

En ocasiones proyectan en otros profesionales y desplazan a la relación con los mismos lo que han sentido que hacen con ellas “si no me escuchan yo tampoco escucho al profesional”.

Se reconoce la importancia de la comunicación con el profesional y la responsabilidad que tienen ellos en la misma. La mejoría de dicha relación repercute en un tratamiento médico más adecuado, disminuyendo los sentimientos de impotencia y frustración derivados de la misma.

El trabajo y la incapacidad.

Hasta llegar a obtener la incapacidad laboral han intentado realizar los trabajos a pesar de los síntomas y el sufrimiento que eso ha supuesto. Expresan reiteradamente el dolor ante la evidencia de que no pueden realizar los trabajos que antes sí podían.

Se sienten mal cuando no consiguen la incapacidad pero también expresan la angustia de conseguirla y no poder trabajar. Cuando uno se queda en casa va adoptando inconscientemente el rol de enfermo, quizás como una forma de compensar el estar cobrando y no ir a trabajar.

Se valora la importancia del trabajo y la necesidad de adaptarlo a sus posibilidades.

La FM y su relación con lo psicológico.

En un principio, prácticamente en todos los grupos se observa rechazo al señalar la relación de algunos síntomas con conflictos psicológicos o situaciones vitales que han generado mucho sufrimiento y no han podido ser resueltas. Poco a poco dicho rechazo se va transformando en asombro, cuando se van identificando situaciones de la historia de cada uno con la aparición de algunos síntomas o brotes. Posteriormente se reconoce que hay otros muchos dolores y afectos que no han podido expresar y el alivio que produce poder compartirlos y entenderlos con los demás, así como darse cuenta que no son los únicos.

El abordaje de todos estos aspectos ofrece una perspectiva nueva de la enfermedad que permite cambios y mejoría en los pacientes.

Existen tres vertientes de trabajo de lo psíquico que se van alternando en los grupos y es importante no olvidar ninguna de ellas:

- lo psíquico como causa de algunos dolores,
- lo psíquico afectado por los dolores, y
- lo psíquico como un dolor más cuando no se pueden elaborar y resolver conflictos y situaciones personales.

Algunos sentimientos asociados a la FM, que aparecen de manera repetida en todos los grupos son: rabia, irritación, incompreensión, soledad, impotencia, confusión, inseguridad, miedo, enfado, ira, pérdida, insatisfacción, contradicción, decepción, vergüenza, envidia, preocupación, culpa, tristeza y odio. ***Y sus manifestaciones físicas***: agotamiento, cansancio, dolor, adormecimiento, hormiguillo, quemazón, sensación de calambre, agarrotamiento, bloqueo, torpeza.

Es importante no dejarse invadir por esos sentimientos ni por los síntomas de la FM hasta el punto de que la enfermedad pase a convertirse en la identidad de cada uno. Aparecen de

manera repetida sentimientos contradictorios y dudas respecto a la enfermedad. Una vivencia general es la incertidumbre y la falta de control percibido ante la misma.

Características psicológicas.

Algunas de las características de personalidad y funcionamiento psicológico que se repiten son: tendencia al control; exceso de responsabilidad; elevada exigencia y perfeccionismo; ansiedad; no aceptar las limitaciones; centrarse en el dolor físico (alexitimia); no permitirse disfrutar ni pasárselo bien; culpabilidad por el dolor; colocarse en todo o nada; preocupación excesiva por la opinión de los demás; identificación con el sufrimiento de los demás y dependencia.

El cuerpo.

Se trabaja de manera permanente la asociación entre el cuerpo y las emociones. Hay que aprender a identificar otros dolores emocionales para colocarlos en su lugar y no en el cuerpo.

Relación de la historia personal con la FM. “Historizar” el dolor.

A lo largo del grupo se analiza la relación que tiene la historia personal con la aparición del dolor y la FM, pero también se identifican situaciones y relaciones actuales que influyen en el dolor.

El análisis del momento en el que aparecen los síntomas permite identificar algunos conflictos implicados y no resueltos. Por otra parte, el análisis de los síntomas intensos o brotes en la actualidad sirve para entender qué situaciones y emociones actuales pueden estar influyendo en los mismos. De este modo se integran y entienden los síntomas físicos en la historia de cada sujeto para poder resolver los aspectos emocionales implicados.

Relación dolor físico - dolor psíquico. Relación entre el dolor y lo psicológico.

Aunque al principio de la psicoterapia aparecen resistencias ante la propuesta de establecer la asociación entre dolor psíquico y físico, resistencias motivadas fundamentalmente por considerar que esta posición implicaría la explicación de toda la sintomatología por causas psicológicas, terminan diciendo que todos están psicológicamente afectados como consecuencia del dolor y que las alteraciones y conflictos emocionales repercuten directamente en el aumento de la sintomatología dolorosa. No obstante, es importante tener en cuenta la repercusión sobre lo físico del exceso de cargas físicas, trabajo y responsabilidades que han tenido muchos miembros del grupo, sin olvidar el porcentaje tan alto de enfermedades comórbidas y su influencia en el área psicológica, manejo del dolor y dolores percibidos.

El nivel de insight, asociaciones y reflexión, de conexión de lo psíquico con el dolor es parecido en todos los grupos y muy elevado, sobre todo, teniendo en cuenta que no hicieron demanda de trabajar lo psicológico.

Desencadenantes del dolor y la FM.

Algunas situaciones que se repiten antes del inicio del dolor y que pueden actuar como desencadenantes son: algún tipo de intervención o enfermedad física; el exceso del trabajo o esfuerzos grandes en el trabajo (ausencia de límites); desencadenantes de tipo psicológico: decepciones y pérdidas importantes.

El desencadenante remite a la relación entre conflictos no resueltos que se reactualizan en la edad adulta.

Qué función cumple la enfermedad y el dolor.

A través de la FM se tramita la relación con los demás y el mundo, como manera de recibir atención, como forma de escaparse de otros dolores y conflictos (la limitación, la frustración,

los cambios de rol, las pérdidas), como manera de relacionarse con los demás (castigo, que me escuche, identificación, para decir no), como manera de expresar los sentimientos. Se identifican algunas consecuencias negativas de esto: no disfrutar; centrarte en ti mismo; aislarte.

¿Qué se puede estar comunicando a través de la FM?. Si partimos de que el síntoma es una forma de expresar algo que no se puede expresar con la palabra, algunas de las cosas que los integrantes del grupo han dicho respecto a lo que han podido expresar a través de la FM son: “estoy aquí”; “a mí también me pasan cosas”; “escúchame de otra manera”; “hazme caso”; “tenme en cuenta”; “yo también pinto algo”; “no delegues tanto en mí y pídemelo permiso”; “si delegas tanto en mí atente a las consecuencias”; “existo”; “yo no giro alrededor tuyo”; “no, hasta aquí he llegado”; “ya no puedo más con la vida que he llevado”; “mi cuerpo me dice que necesita ayuda”; “no me escuchan”; “no me entienden”; “déjame vivir”.

La FM puede hacerse tan importante en la vida de una persona que, al final, forma parte de su identidad. Una manera de salir de esta situación es aceptar que hay cosas de nuestro funcionamiento cotidiano que influyen en el dolor y en la FM y en el grupo se explora para abrir la posibilidad de no dar por hecho que ya siempre se va a tener dolor, o que el dolor va a ser igual de intenso siempre o que va a ser independiente del funcionamiento psíquico.

5.2.7.2.- Algunas reflexiones en torno a la técnica.

La psicoterapia. ¿Para qué ha servido el grupo?

El grupo de psicoterapia se convierte en un espacio en el que ***se analiza y reflexiona sobre lo que les pasa, así como sobre la implicación de los aspectos psicológicos en su sintomatología física y su situación actual.*** Poco a poco se va consiguiendo no explicarlo todo a través de la FM y poder buscar y detectar otras causas. Se pueden analizar y entender los motivos más psicológicos que influyen en el dolor y la depresión.

Además es un espacio de “elaboración psicodinámica”, es decir, se ayuda a los pacientes a detectar y elaborar conflictos y duelos para disminuir su impacto en la sintomatología física y psicológica. También es un espacio para expresar sentimientos. Encontramos que muchos pacientes han vivido situaciones infantiles en las que no se ha facilitado la expresión de sentimientos y la psicoterapia de grupo se convierte en un lugar importante para poder expresar cosas de su vida que no habían contado antes.

El grupo de psicoterapia mejora o aumenta la implicación de los pacientes en su tratamiento a través de una participación activa en el tratamiento y en su mejoría.

Se observa también que la aceptación y adaptación a la enfermedad son temas centrales en las sesiones, en el sentido de ayudar a asumir las limitaciones, reconocerlas, aceptarlas, expresarlas, compartirlas y transformarlas en hacer lo que sí puedan hacer.

Por último, el grupo implica una mejoría de las relaciones interpersonales. Se trabajan los beneficios de poder hablar y expresar lo que le pasa a uno, enfrentarse a los miedos, poder sentirse escuchada.

El grupo ha servido para detenerse reflexivamente, observarse y poder pensar su enfermedad desde otra perspectiva y a ellos mismos de otra manera.

Algunas alternativas para mejorar, que los integrantes repiten en los grupos son:

- Cambiar uno y no esperar que sean los demás quienes cambien.
- Aceptar las diferencias. “Aceptarte a ti mismo, tal y como eres”.
- Aceptar las limitaciones. Delegar. Ser asertivos.
- No disociar tanto lo físico de lo psíquico.
- Comunicarse.
- Confiar en los profesionales y no depositar en ellos la impotencia y la frustración.

- No explicar todo a través de la FM. No trasladar todos los dolores al dolor corporal.
- Cuidarse: relajación, ejercicio, entrenamiento.
- Distraerse, disfrutar
- No focalizar y centrar todo en la FM
- Cambiar los pensamientos respecto a la FM
- Aprender. Obtener información

Reconocimiento de las diferencias de los integrantes aunque el diagnóstico común es la FM.

Un aspecto al que se alude en la totalidad de los grupos es el efecto “tranquilizador” que tiene para ellos observar que hay otras personas con la misma enfermedad, sentirse entendidos y confirmar que lo que les pasa no es algo que “se lo inventen” sino que les pasa a otros. Este aspecto hace que tiendan a instalarse en la repetición de síntomas físicos y sensaciones asociadas a los mismos por la satisfacción que produce experimentar ser comprendidos.

Una vez que el grupo pueda experimentar dicha satisfacción (que tiene efectos terapéuticos por salir de su aislamiento y los beneficios propios de la comunicación) es importante poder pensar en las diferencias que existen entre ellos pues, desde la fantasía de que todos son iguales por tener FM que tranquiliza por la imagen de totalidad y apoyo que supone, es mucho más difícil cambiar y aceptar y enriquecerse con las diferencias de cada uno.

Ambivalencia ante el tratamiento.

A lo largo de las sesiones se observan oscilaciones en relación a la utilidad del mismo. Enfrentarse a lo psicológico no es fácil y genera resistencias y temores.

Conflictos o contenidos psicológicos que suelen aparecer con más frecuencia en la psicoterapia.

El primer período de psicoterapia está más dirigido a la conexión de lo psicológico con los síntomas físicos pero poco a poco, y se detecta más a partir de la segunda intervención, se observa mayor posibilidad de asociar los síntomas con aspectos psicológicos menos conscientes y se incluyen los factores psíquicos que influyen en algunos síntomas de la FM. A pesar de que estos aspectos facilitan el cambio psicológico y la modificación de algunos hábitos perjudiciales, es difícil observar mejoría del dolor y de otros síntomas físicos.

Algunos de los contenidos relacionados con la historia del sujeto y que se repiten con frecuencia son: situaciones carenciales afectivas de los padres; la relación entre el maltrato infantil o haber visto violencia en la infancia y su influencia en las relaciones interpersonales adultas; no haber podido expresar a nivel verbal los sentimientos intensos producidos por los malos tratos y su expresión corporal; el exceso de trabajo desde muy pequeñas y su efecto posterior; el impacto del dolor emocional por las pérdidas no elaboradas y la posible expresión del dolor psíquico en dolor físico; muchos casos de fallecimientos de padres en la infancia y las posibles repercusiones; enfermedades infantiles; identificación con síntomas/enfermedades de las madres.

Se analizan y resuelven algunas dificultades actuales una vez que se pueden conectar con la historia de cada uno: se relaciona lo vivido en la infancia con el modo de funcionamiento actual y la repercusión en la enfermedad. También se van abordando cosas que pasan en el momento y a través de ello se aprende a tramitar y resolver lo psicológico sin necesidad de conectarlo siempre con el pasado.

El encuadre.

El encuadre diferencia tres períodos de psicoterapia grupal con un tiempo intermedio de 6 meses aproximadamente sin tratamiento entre cada uno de ellos. Este encuadre facilita la atención de la demanda, generando menos lista de espera al tener menos sesiones en el primer periodo y, además, el paciente está más tiempo en psicoterapia al transcurrir varios meses entre cada periodo. Como ya hemos dicho, la atención en un tiempo prolongado es importante en el tratamiento del dolor crónico.

Aunque en las sesiones del período inicial de psicoterapia se trabaja desde una perspectiva psicodinámica es central la psicoeducación, el cambio de conductas e instauración de nuevos hábitos y la introducción de lo psicológico en la comprensión de lo que les pasa. En el primer período se insiste en la relación entre lo psíquico y el dolor, a partir del segundo periodo se parte de dicha relación y se trabaja de dónde proceden ciertas características de funcionamiento que pueden favorecer la presencia de síntomas, es una psicoterapia más centrada en el conflicto.

Se aprovecha este formato de encuadre para trabajar dos aspectos centrales en estos pacientes: la aceptación de las limitaciones y la elaboración de los duelos. El grupo es limitado pero hay que aprovechar lo trabajado en el período anterior y, además, al final de cada periodo se trabaja la pérdida y el duelo.

Con frecuencia se detecta que los pacientes mantienen la mejoría que han logrado en la psicoterapia durante los primeros meses pero después vuelven a empeorar. Esto es algo previsible por ser una psicoterapia breve y los diferentes periodos intermedios permiten alargar el tiempo total de terapia y mejorar de manera rápida una vez que se retoma el grupo.

Los periodos intermedios también ayudan a pensar qué estrategias se pueden utilizar durante el tiempo sin terapia: estar atento a las cosas que me pueden causar malestar;

identificar lo que me pasa para poder resolverlo; aplicar y generalizar lo aprendido aquí; buscar otros apoyos; comunicar y expresar lo que se siente y no hacerlo a través del síntoma; tener en cuenta que los cambios afectan a los demás. Este tiempo ha servido para reflexionar y, a pesar de que transcurre bastante tiempo entre los grupos, es interesante resaltar la rapidez con la que se retoman los contenidos previos y se prosigue con su elaboración.

El terapeuta.

Al ser psicoterapia breve la coordinación es más directiva, más activa, sobre todo mostrando la queja e interpretándola; reforzando los logros; relacionando el beneficio actual de lo que se ha conseguido con la resolución del conflicto focal que se detectó y se trabaja.

Es de gran importancia seguir los focos que se han detectado y trabajar sobre ellos ya que es psicoterapia breve, analizándose los diferentes síntomas y situaciones en relación con el foco. Para detectar el foco con el que se va a trabajar se tiene en cuenta el momento y lo que pasaba cuando aparecen los síntomas, cuando un sujeto relata un hecho concreto y va conectado a emociones muy intensas o el primer contenido que trae de su historia en el que expresan claramente emoción.

Se hacen “rondas” para que conteste todo el grupo ante preguntas importantes que conecten con lo psicológico. De este modo se ayuda a aquellos integrantes que tienen más dificultades en participar, además las aportaciones de todos enriquecen de manera importante las reflexiones del grupo. La respuesta por parte de los integrantes ante esta fórmula es muy buena, también facilita el insight. Que un integrante hable de determinados aspectos favorece la asociación y elaboración en otros pacientes a quienes les cuesta más.

Debido a la repetición continua de la queja se valora de manera permanente lo que se consigue. Se remite continuamente al dolor emocional cuando hablan del dolor físico.

También, el mostrar continuamente cómo lo que hacen en el grupo lo hacen fuera favorece el insight y el cambio.

Los emergentes.

En todas las sesiones se leen los emergentes aproximadamente 20 minutos antes de que finalice la sesión. En realidad es la lectura de lo que el observador ve más significativo de la sesión (no son emergentes en sentido estricto pues los profesionales que los recogen no están formados en Teoría de Grupo Operativo aunque todos son psicólogos o psiquiatras). Es muy útil integrar el concepto de emergente en la psicoterapia de grupo. Ayuda a hacer insight, a ver cosas que no se vieron en la sesión.

Los contenidos que aparecen después de la lectura de emergentes son un reflejo de esta utilidad. Se repiten los siguientes temas.

- Importancia de las emociones y de lo psicológico.
- Entender la FM de otra manera. Aprendizaje.
- Aceptación de la enfermedad
- Importancia de la comunicación
- Relaciones con los demás. Aprender a pedir ayuda. Aceptar a los demás.
- Poner los límites a tiempo.
- No culpar de todo a la enfermedad.
- Beneficios de la psicoterapia.

Los emergentes también pueden favorecer las asociaciones y recuerdos de situaciones que no estaban bien elaboradas.

La experiencia grupal.

En casi todos los grupos se observa una cohesión grupal muy fuerte, sobre todo, a partir de la segunda intervención psicoterapéutica. Hay que tener en cuenta que el 30% de los sujetos abandona el grupo en este segundo período por lo que podemos pensar que los que vienen son aquellos que realmente tienen motivación y hacen demanda de trabajar lo psicológico.

Algunos integrantes han podido compartir experiencias muy dolorosas que no habían contado previamente. El grupo es un espacio muy bueno para ver los efectos de sus conductas y estilos de comunicación en los demás y poder cambiarlos; para sentirse menos aislados y menos diferentes; para tolerar mejor las limitaciones y adaptarse a la nueva situación; para sentir que les creen.

Ver la mejoría de algunas integrantes ayuda a pensar que sí se puede mejorar. A través de las situaciones de cada miembro se buscan alternativas analizando la influencia de lo psicológico en las dificultades presentadas y la influencia de las características de personalidad y la historia de cada una. Ayudando a otro se ayudan a sí mismos: pensando, analizando, asociando, descubriendo, uniendo lo emocional a lo físico y lo vital. Pero hay que tener en cuenta la importancia de la participación del terapeuta ayudando a poner palabras y a resolver los conflictos pues tampoco son conscientes de lo que producen los cambios ni de lo que van consiguiendo.

El cambio: dificultades y posibilidades.

Se analizan las dificultades para cambiar viendo su relación con conflictos no resueltos, con roles o lugares en los que se han instalado, con pérdidas no elaboradas. Pero también se trabaja la dificultad ante el cambio provocada por situaciones actuales como las limitaciones

propias de la enfermedad. Es importante integrar los dos aspectos que dificultan el cambio, el anterior y el actual.

Se muestra la relación existente entre cambios conseguidos con aspectos que han trabajado en la psicoterapia ya que es una manera de reforzar la participación activa de ellos, avanzando así en la mejoría. “Poder asumir esas limitaciones permite delegar en los demás, cuidarse más”. “Asumir que uno no puede con todo ayuda a comunicarse y no aislarse”.

A través del cambio de algunos pacientes se pueden valorar los efectos del cambio. Las dificultades y miedos ante el cambio se pueden tolerar mejor con el apoyo del grupo. Muchos integrantes han tenido historias verdaderamente traumáticas que les dificulta cambiar los lugares adquiridos y el apoyo del grupo es fundamental para poder elaborarlas.

Algunos cambios conseguidos:

- Mejoría en las relaciones con los demás, menor aislamiento
- El cambio de posición ante la enfermedad, aceptación de las limitaciones que se traduce en mayor actividad, iniciar proyectos, vivir el presente.
- Salir del sentimiento de culpabilidad por no poder hacer las cosas de antes y no poner todas las limitaciones en la FM.
- Hablar y expresar lo que sienten.

5.2.8.- Evaluación a través de una encuesta de satisfacción.

Al finalizar cada intervención psicoterapéutica los sujetos cumplimentan una encuesta de satisfacción con varias preguntas abiertas y una pregunta final con cinco alternativas para valorar la satisfacción con la misma. Se analizan las respuestas de dichas encuestas una vez finalizada la primera intervención psicoterapéutica (12 sesiones de psicoterapia de grupo) y al finalizar la psicoterapia (una vez realizadas las 22 sesiones) para estudiar, desde una perspectiva cualitativa, las áreas en las que los pacientes sienten que han obtenido mayor ayuda.

Debido a que las preguntas tienen respuestas abiertas se han agrupado las respuestas en epígrafes más generales con contenidos semejantes. Después de cada pregunta se representa a través de una tabla las respuestas, desglosándolas en respuesta total de todos los encuestados, respuesta después de la primera intervención y respuestas después de última intervención. Se divide de esta manera porque es interesante analizar las diferencias en las distintas intervenciones psicoterapéuticas ya que el encuadre es diferente, tanto en las estrategias utilizadas (psicoeducación y psicoterapia en la primera intervención y psicoterapia sólo en las otras dos) como en el número de sesiones.

Pregunta nº1.- ¿Qué contenidos de los que se han tratado en el grupo ha puesto en práctica y qué beneficios ha obtenido con ello?

Relaciones interpersonales. Se refiere tanto al beneficio de las relaciones en el grupo como a la mejoría en las relaciones exteriores en cuanto a comunicación, comprensión, apoyo y confianza.

Técnicas cognitivo-conductuales (TCC) para el manejo del dolor y síntomas. Relajación, desfocalización y realización de ejercicio.

Elaboración psicodinámica. Se refiere al beneficio percibido en cuanto a la elaboración de conflictos del pasado, expresión emocional y capacidad de introspección y conexión de los síntomas actuales con situaciones psicológicas.

Aceptación de la enfermedad. Se incluyen aquellas respuestas en las que se alude específicamente a la aceptación o afrontamiento de la enfermedad, aunque se consiga de diferentes maneras: asunción de límites, elaboración y manejo de las limitaciones derivadas de la enfermedad, aprender a convivir con el dolor, analizar y reconocer las causas del dolor.

Psicoeducación. Información. Se refiere a la repercusión psicológica que ha tenido la información que han recibido acerca de la enfermedad y la ayuda de la misma en el manejo de la enfermedad y en cómo se encuentra. Aunque las Técnicas Cognitivo Conductuales tienen una finalidad psicoeducativa, las diferenciamos en base a que los pacientes las han diferenciado.

Beneficios obtenidos. Mejoría psicológica. Primera intervención Aumento autoestima. Tranquilidad, menor ansiedad, bienestar, mayor seguridad.

Beneficios obtenidos. Mejoría psicológica. Última intervención Menor aislamiento, mayor independencia y tolerancia hacia los demás, mejor comunicación, poder realizar nuevas actividades.

Tabla 56. ¿Qué contenidos de los que se han tratado en el grupo ha puesto en práctica y qué beneficios ha obtenido con ello?

Total (290 respuestas)	Primera intervención(156)	Última intervención(134)
R. Interpersonales (22%)	TCC (22,4%)	R. Interpersonales (26,8%)
TCC (20%)	R. Interpersonales (17,9%)	Elab. Psicodinámica(19,4%)
Elab. Psicodinámica(17%)	Psicoeducación (16,6%)	Mej. psicológica (18%)
Mejoría psicológica (17%)	Mejoría psicológica (16%)	Acep. enfermedad (17,9%)
Acep. Enfermedad (15%)	Elab. Psicodinámica(14,7%)	TCC (17,9%)
Psicoeducación (9%)	Acep. Enfermedad(12%)	Psicoeducación (0%)

Pregunta nº2.- Temas tratados en los grupos en los que les gustaría profundizar

Psicoterapia. Tratamiento psicológico. Continuar con la psicoterapia grupal o individual. Profundizar en las causas psicológicas de la enfermedad.

Información sobre la FM. Tener más información de la enfermedad.

Aceptación. Afrontamiento. Aprender a sobrellevarlo mejor; convivir con la enfermedad.

Relajación.

Relaciones interpersonales. Relaciones familiares. Impacto en la familia. Se alude de manera específica al tema de la sexualidad.

Satisfacción con los temas trabajados.

Conflictos previos. Temas de la infancia.

Manejo del dolor. Adaptación al dolor. Control de los dolores.

Otros. Problemas económicos. Laborales. Investigación.

Tabla 57.- Temas tratados en los grupos en los que le gustaría profundizar.

Total (151)	Primera intervención (81)	Última intervención (70)
Psicoterapia (28,4%)	Información FM (21%)	Psicoterapia (38,5%)
Información FM (17,2%)	Aceptación (21%)	Relac. Interper. (12,8%)
Aceptación (11,3%)	Psicoterapia (19,7%)	Información FM (12,8%)
Relajación (11,3%)	Relajación (12,3%)	Satisfacción temas (11,4%)
Relac. Interper. (10,6%)	Conflictos previos (9,8%)	Manejo dolor (10%)
Satisfacción temas (8,6%)	Satisfacción temas (6%)	Relajación (10%)
Conflictos previos (5,3%)	Relac. Interper. (7,4%)	Otros (4,2%)
Manejo dolor (4,6%)	Otros (2,4%)	Conflictos previos (0%)
Otros (2,6%)	Manejo dolor (0%)	Aceptación (0%)

3.- Señale otros temas no tratados en el grupo en los que le gustaría profundizar.

Satisfacción. Se han tratado los temas importantes.

Información/investigación. Más investigación. Avances sobre la enfermedad.

Psicoterapia. Conocimiento de lo psicológico. Más terapia. Prepararnos psicológicamente. Hablar de lo que tenemos interiormente y que nos perjudica para nuestra enfermedad.

Participación de los familiares. Entorno. Participación de los familiares en el grupo.

Que se trate más la parte médica de la enfermedad. Más información médica. Medicación.

Otros tratamientos para el dolor. Alternativas, técnicas para disminuir el dolor. Sexualidad

Laboral/ económico. Cómo afecta lo psicológico de un enfermo de FM cuando no puede trabajar y no le dan la jubilación. Información acerca de la incapacidad.

Afrontamiento. Normalización de la vida. Cómo convivir con la enfermedad. Saber controlar hasta donde podamos llegar sin hacernos daño.

Otros síntomas. Memoria/ concentración

Tabla 58. Señale otros temas no tratados en el grupo en los que le gustaría profundizar.

Total (107)	Primera intervención(70)	Última intervención(37)
Satisfacción (18,7%)	Información (28,5%)	Satisfacción (40,5%)
Información (16,8%)	Psicoterapia. (15,8%)	Participa. Familiares(16,2%)
Psicoterapia (14%)	Participa. Familiares (11%)	Psicoterapia. (13,5%)
Part. Familiares (12%)	Otros trat. dolor (11%)	Trat. médico (13,5%)
Tratamiento médico (10,2%)	Sexualidad (11%)	Laboral/económico (8,1%)
Otros tratamientos Dolor (8,4%)	Tratamiento médico (9,5%)	Otros trat. Dolor (8,1%)
Sexualidad (6,5%)	Satisfacción (7,9%)	Información (0%)
Laboral/económico (5,6%)	Afrontamiento (6,3%)	Sexualidad (0%)
Afrontamiento (4,7%)	Laboral/económico(4,7%)	Afrontamiento (0%)
Otros síntomas (2,8%)	Otros síntomas (4,7%)	Otros síntomas (0%)

4.- ¿Qué opinión le merece el trabajo de grupo a lo largo de todo este tiempo?

4.1. Comentarios positivos

La experiencia grupal: compartir con otras personas la vivencia de la enfermedad. Sentirse apoyadas, saber que no son las únicas, salir del aislamiento, comunicación, sentirse escuchadas, comprendidas.

Aceptación de la enfermedad / afrontamiento: vivir con la enfermedad; superar las recaídas; manejar el dolor; entender la enfermedad.

El trabajo psicoterapéutico. Beneficios psicológicos de la psicoterapia. Expresión de sentimientos, reflexión, escucharse a uno y a los demás

Satisfacción general. Expresión positiva y satisfacción global de la psicoterapia.

Tabla 59. ¿Qué opinión le merece el trabajo de grupo a lo largo de todo este tiempo?.

Comentarios positivos.

Total (151)	Primera intervención(84)	Última intervención(67)
Exp. grupal (47,5%)	Experiencia grupal (51%)	Experiencia grupal (43%)
Satisfacción general (22%)	Acept. Enfermedad (18%)	Satisfacción general (30%)
Psicoterapia (20,5%)	Satisfacc. general (15,5%)	Psicoterapia (27%)
Acept. Enfermedad (10%)	Psicoterapia (15,5%)	Acept. Enfermedad (0%)

4.2.- Comentarios negativos.

Ningún comentario negativo: Refieren que no tienen ningún comentario negativo.

El encuadre en cuanto al número de integrantes, los abandonos y falta de asistencia, escaso número de sesiones.

Movilización de sentimientos en la psicoterapia. El dolor que genera hablar de sentimientos y experiencias pasadas. Identificación con el sufrimiento de los demás. Llevarse los problemas de los demás. Escuchar experiencias dolorosas y el sufrimiento que genera.

Psicologización. Llevarlo todo a lo psicológico y no tratar lo físico.

Dificultad horarios, desplazamientos.

No han encontrado mejoría.

Tabla 60. ¿Qué opinión le merece el trabajo de grupo a lo largo de todo este tiempo?.
Comentarios negativos.

Total (100)	Primera intervención (49)	Última intervención(51)
Ninguno (34%)	Encuadre (27%)	Ninguno (43%)
Encuadre (34%)	Ninguno (25%)	Encuadre (41%)
Psicoterapia (18%)	Psicoterapia (20,4%)	Psicoterapia (16%)
Psicologización (5%)	Psicologización (10,2%)	Psicologización (0%)
Horario (5%)	Horario (10,2%)	Horario (0,2%)
No mejoría (4%)	No mejoría (8,2%)	No mejoría (0%)

5.- Resuma en pocas líneas los beneficios que le ha aportado en su vida diaria participar en este espacio grupal.

Mejoría psicológica: valorarse más a uno mismo, sentirse más fuerte. Ser más positivo, más optimista, seguridad, tranquilidad.

Afrontamiento de la enfermedad. Aprender a convivir con la enfermedad, convivir mejor con el dolor.

Mejoría en las relaciones interpersonales. Disminuye el aislamiento social, mejora la comunicación con los demás. Integración en la sociedad. Valoración del espacio grupal.

Apoyo. Sentirse menos solo ante la enfermedad y más comprendido. Apoyo por parte de los profesionales y tranquilidad al saber que hay más personas con la enfermedad y no son los únicos.

Resolución conflictos. Resolución de índole psicodinámica. Se alude algún conflicto, temores, exteriorización de sentimientos.

Valoración positiva en general.

Tabla 61. Resuma en pocas líneas los beneficios que le ha aportado en su vida diaria participar en este espacio grupal.

Total (160)	Primera intervención (96)	Última intervención (64)
Mej. psicológica (36,3%)	Mejoría psicológica (44%)	Afrontamiento (37,5%)
Afrontamiento (20,6%)	Rel. Interpersonales (17,7%)	Mejoría psicológica (25%)
Rel. Interpersonales (20%)	Resoluc. Conflictos (15%)	Rel. Interpersonales (23,4%)
Apoyo (11,2%)	Apoyo (9,4%)	Apoyo (14%)
Resoluc. Conflictos (9,3%)	Afrontamiento (9,4%)	Resoluc. Conflictos (0%)
Valoración positiva (2,5%)	Valoración positiva (4%)	Valoración positiva (0%)

Sugerencias.:

- Mayor duración de la psicoterapia
- Que los familiares intervengan
- Mayor presencia del reumatólogo
- Rehabilitación

La última pregunta se refiere a la valoración de la psicoterapia y se dan cinco alternativas: muy buena, buena, regular, mala y muy mala.

Tras la primera intervención El 96% de los pacientes valora la intervención psicológica como buena o muy buena [N=125; muy buena (57,6%), buena (38,4%) y regular (4%)]

Al finalizar la psicoterapia completa el 91% de los pacientes valora la intervención psicológica como buena o muy buena [N=100; muy buena (58%), buena (33%) y regular (9%)]

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1.- Discusión de resultados variables sociodemográficas y clínicas.

A nivel descriptivo, y considerando a la totalidad de la muestra, encontramos que las características sociodemográficas y clínicas son similares a las reflejadas en otros estudios. Igual que en el estudio EPISER (2001) la mayoría de nuestras pacientes son mujeres. La edad media es de 45 años y aunque la FM afecta a personas de cualquier nivel educativo encontramos un predominio en personas de nivel de formación de estudios primarios (Martín, Luque, Solé, Mengual y Granados, 2000; Tobo, 2007) y un porcentaje muy pequeño de estudios universitarios (Amaro, Martín, Antón Soler y Granados, 2006). Si añadimos a estos resultados que, casi la mitad de los pacientes de la muestra, realizan trabajos no cualificados en los que se exige un esfuerzo físico importante, nos encontramos con personas que por su edad, condición social y género se han hecho cargo de numerosas responsabilidades con una exigencia física y emocional que permitiría pensar en la influencia de factores psicosociales en FM.

Como en otros estudios (Boissevain y McCain, 1991; Goldenberg, Mossey y Schmith, 1995; Ubago, 2005) la mayoría de nuestros pacientes soportan los síntomas por varios años (media de 5 años y 6 meses) antes de recibir un diagnóstico apropiado. Durante ese tiempo suelen hacer un largo recorrido por diferentes especialistas (Muro, 2007; Valverde, 2010) por lo que el diagnóstico final produce cierto alivio (Tobo, 2007). Posteriormente, y debido a la ausencia de tratamientos eficaces así como al rechazo que provoca en ciertos profesionales, este alivio del principio se transforma en frustración a la vez que expresan, de manera reiterada, el sentimiento de abandono por parte de los profesionales sanitarios.

También hay que señalar que más de la mitad de los pacientes habían precisado tratamiento psicológico y/o psiquiátrico antes de iniciar el actual tratamiento, comenzando muchos de ellos el tratamiento psicológico antes de la aparición de la sintomatología dolorosa. Encontramos una diferencia estadísticamente significativa respecto al tratamiento psicológico y/o psiquiátrico recibido entre nuestros pacientes con FM y un grupo control de sujetos sanos.

La mitad de nuestros pacientes se encuentran en situación de incapacidad laboral, dato que coincide con los resultados del estudio EPISER (2001), reflejando que entre siete patologías músculo esqueléticas diferentes la FM fue la de mayor prevalencia de bajas por incapacidad laboral y con una mayor percepción de impacto psicosocial por su situación de salud. Es interesante señalar que los pacientes que se encuentran en situación de incapacidad o están en litigio para conseguir incapacidad presentan niveles más altos de psicopatología, aspecto que nos recuerda lo expresado por Lippel (2007 citado en Valverde, 2010) cuando habla de que el proceso jurídico empeora la salud de la persona con FM.

Hemos de tener en cuenta que la mayoría de las incapacidades han sido concedidas por otras enfermedades ya que la comorbilidad reumatológica es muy elevada (Lera, 2000), aunque el hecho de tener otras enfermedades reumáticas asociadas a la FM no parece afectar de manera significativa en la psicopatología y calidad de vida de nuestros pacientes. La elevada comorbilidad reumatológica encontrada en nuestra muestra también se puede relacionar con lo que algunos autores (Ablin, 2008) refieren como FM secundaria para describir una situación en la cual una situación de dolor localizado como la tendinitis, hernia discal, etc causa dolor crónico que con el tiempo se extiende a todo el sistema músculo esquelético convirtiéndose así en FM. En esta cadena de acontecimientos parece lógico asumir que el sistema nervioso central juega un importante papel en el proceso de hacer extensivo el dolor, característico de la FM.

6.2.- Discusión de resultados del primer trabajo

Hipótesis general: Las variables psicológicas influyen en el desencadenamiento de la fibromialgia, intensidad de los síntomas e impacto en calidad de vida y estado de salud general.

Objetivo 1. Estudiar la presencia de Acontecimientos Vitales Estresantes en infancia, edad adulta y año previo a la aparición del dolor en fibromialgia. **Hipótesis 1.** Los pacientes con

fibromialgia han tenido más AVE que la población general en infancia, edad adulta y año previo a la aparición del dolor

En este trabajo nos planteamos como primer objetivo estudiar la presencia de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) en infancia, edad adulta y año previo a la aparición del dolor en fibromialgia ya que consideramos que la presencia de dichos Acontecimientos a lo largo de la vida apoyaría la hipótesis de la influencia de los factores psicológicos.

Esta línea de investigación no es nueva, los primeros estudios se remontan al año 1995 cuando Poiró Boisset, Esdaile y Fitzcharles encontraron una asociación con tendencia a la significación entre la presencia de abuso sexual y FM. Posteriormente, Keel (1998) tras una revisión de la literatura sugiere que experiencias traumáticas repetidas durante la infancia y edad adulta se pueden descubrir en muchos pacientes con FM. Cohen, Neuman, Haiman, Matar, Press y Buskila (2002) defienden el solapamiento entre FM y Trastorno por Estrés post Traumático y Bennet (2004) afirma que los clínicos también reconocen una asociación entre el inicio de la FM y los estresores psicológicos crónicos. Sin embargo, Gardner (2000) considera que no existen datos para indicar que existe una asociación causal entre FM y trauma.

En la actualidad, cada vez hay más evidencia de la presencia de Acontecimientos Vitales Estresantes en pacientes con FM. Los hallazgos de Weissbecker, Floyd y Dedert (2006) explicarían que experiencias traumáticas severas durante la infancia puedan ser un factor de desregulación neuroendocrina en la FM, enlazando motivaciones psicosociales y respuesta del sistema neuroendocrino. Por otra parte, la hiperactividad temprana del sistema nervioso a causa del estrés puede ocasionar que, en posteriores situaciones de estrés, el organismo reaccione de forma irregular (Fonagy, 2004 citado en Mendiola, 2005).

Ha sido objeto de nuestra investigación estudiar la presencia de Acontecimientos Vitales Estresantes sufridos en la infancia por su importancia en la estructuración psíquica y, al igual

que Goldberg, Pachas y Keith (1999) detectamos porcentajes elevados y significativamente superiores a controles sanos. Dichas experiencias vividas en la infancia se refieren a carencias afectivas importantes y déficits en los vínculos (fallecimiento, enfermedades físicas y psíquicas de los padres) por lo que pueden influir de manera perjudicial en la adquisición de capacidades psicológicas que son necesarias para enfrentarse a las dificultades posteriores de la vida, o como dice Peñalver (1993) pueden ser “fallos, vacíos en la constitución de sí-mismo, del sujeto, lo que constituirían un potencial desorganizativo y, por tanto, traumático”. Bayo (2000 citada en Ortiz, 2003), también observó una presencia elevada de acontecimientos vitales de difícil elaboración psíquica y Hasset (2000) refiere que las pacientes con fibromialgia presentan una personalidad con más vulnerabilidad psicológica ya que han sufrido más acontecimientos traumáticos infantiles. Zukerfeld y Zonis (2011) incluyen entre “los tipos de adversidad de mayor eficacia patogénica los relativos al Cuerpo (enfermedades graves, crónicas y/o enigmáticas accidentes severos y discapacidades) y los Vínculos Personales (divorcio, violencia familiar. abusos, maltrato, violación)” (p.351).

Encontramos que un 27,7% de nuestros sujetos han sufrido situaciones de maltrato en la infancia, porcentaje significativamente superior al compararlo con un grupo de controles sanos. Este porcentaje tan elevado de pacientes que han sufrido experiencias de maltrato en la infancia nos recuerda las palabras de Ávila Espada (2010) cuando dice que “la respuesta más concurrente para el origen del Dolor Mental es su origen en lo traumático (bien por traumas originarios, constitutivos, diferenciados, acumulativos, incluso micro-traumas) que no pudo disponer de cauces (contenedores) de representación, connotación y elaboración”.

Hay que destacar que el tipo de maltrato más frecuente ha sido el de explotación laboral (Documento de Consenso Maltrato Infantil, 2006) que se refiere a la utilización de niños para obtener beneficio, que implique explotación económica y el desempeño de cualquier trabajo que entorpezca su educación, o ser nocivo para su salud o su desarrollo. Estos resultados coinciden con los informados por Tobo (2007).

Respecto al maltrato sexual, autores como Windfield (2000) han señalado que se podían detectar casos de abuso sexual en la infancia en pacientes con FM. En nuestro estudio el 5% de los sujetos han sufrido ese tipo de maltrato en la infancia, cifra algo superior al 1% encontrado por Nielson, Merskey y Merskey (2001). No obstante, no hay evidencia suficiente para establecer una relación causal entre FM y abuso sexual, ya que los estudios son contradictorios lo que hace muy difícil la interpretación.

La influencia de AVE en FM no se limita exclusivamente a los experimentados en la infancia, de hecho Tobo (2007) indica que suelen ser personas que traen una historia de cargas físicas y/psicológicas acumuladas a través del tiempo y otros estudios sugieren que el efecto acumulativo de cargas físicas y psicológicas y el abuso físico o trauma emocional en la niñez de una persona, pueden incrementar la susceptibilidad al estrés más tarde en su vida (Goldenberg, 1989; Van Houdenhove y Egel, 2004) y el riesgo a desarrollar enfermedades orgánicas (Felitti, 1998 citada en Van Houdenhove, 2004).

En nuestro estudio el 52% de los sujetos han sufrido Acontecimientos Vitales Estresantes de intensidad elevada a lo largo de la vida adulta, siendo los más frecuentes los relativos al grupo primario (enfermedades graves, fallecimientos, conflictos importantes en el grupo primario). Son personas, en su mayoría mujeres, que se hacen cargo de múltiples cargas, laborales, familiares y emocionales desde la infancia, y de manera progresiva hasta la edad media de la vida en la que dichas cargas aumentan. Es importante señalar que este porcentaje de sujetos que han sufrido AVE en la edad adulta no es debido al azar al compararlo con un grupo de controles sanos.

Van Houdenhove, Neerinckx, Onghena, Lysens y Vertommen (2002) refieren que los síntomas de FM se pueden iniciar como consecuencia de la percepción de un prolongado periodo de sobrecarga o agobio. Esto sugeriría que la máxima expresión de la enfermedad podría estar facilitada por un cambio dentro del sistema de respuesta al estrés, implicando una inhabilidad para responder adecuadamente a nuevos estresores y, eventualmente, una respuesta elevada

a largos periodos de alteraciones en la regulación del estrés, procesos de dolor, y mecanismos inmunes (Van Houdenhove y Egle, 2004).

Tobo (2007) señala dos contenidos que surgen fundamentalmente de su investigación “un pasado lejano de estas mujeres que afecta su vida presente y una experiencia más reciente de su medio social”. En esta línea también hemos analizado los acontecimientos estresantes sufridos el año previo a la aparición de la sintomatología dolorosa, partiendo de la hipótesis de que pueden contribuir al desencadenamiento de la enfermedad. Y hemos observado que un 74,4% de sujetos han padecido dichos acontecimientos en proporciones superiores a las habituales en ese tiempo previo a la aparición del dolor, datos que apoyarían las afirmaciones de Eich, Hartmann, Müller y Fischer (2000) y Windfield (2001) de que el estrés precede al dolor crónico.

Una vez que hemos confirmado nuestra primera hipótesis, es decir, que los pacientes de nuestra muestra que tienen FM han tenido más AVE que la población general en infancia, edad adulta y año previo a la aparición del dolor vamos a pasar al segundo objetivo.

Objetivo 2. *Estudiar la presencia de ansiedad y depresión en fibromialgia. Hipótesis 2.- Los pacientes con fibromialgia tienen más síntomas y trastornos de ansiedad y depresión que la población general.*

Martín, Luque, Solé, Mengual y Granados (2000) consideran la ansiedad rasgo como referente de estrés y sugieren que el estrés psicológico puede jugar un rol causal en la FM y Pérez Pareja et al., (2004) han encontrado diferencias significativas que sugieren que los pacientes con FM presentan un nivel de ansiedad-rasgo o respuesta general de ansiedad significativamente superior al observado en el grupo de pacientes con dolor no fibromiálgico y en un grupo control, resultados que se confirman en nuestro estudio. Hemos encontrado que el 70% de los sujetos de nuestra muestra tienen síntomas de ansiedad- rasgo patológica (STAI-R) y el 64% ansiedad- estado patológica (STAI-E) y, aunque son valores superiores a los

reportados por Thieme, Turk y Flor (2004) que encontraron que el 32,3% de pacientes tenían un trastorno de ansiedad frente al 9% en población general, al comparar nuestros resultados con un grupo control de sujetos sanos vemos que estos valores tan altos en ansiedad no los justifica el azar.

Por otra parte, desde que en 1999 Epstein y colaboradores encontraron una alta prevalencia de trastornos depresivos tanto a lo largo de su vida como recientemente en pacientes con FM, y aunque Valdés (2000) refiere que la prevalencia de estados depresivos es elevada pero similar a la que se da en las enfermedades crónicas, la presencia de estos trastornos ha sido descrita en numerosas investigaciones. Los pacientes con FM presentan con frecuencia estados emocionales displacenteros, que pueden consistir tanto en sintomatología depresiva como en trastornos de ansiedad (Martín et al., 2000).

En nuestro estudio el 61% de sujetos tienen depresión (BDI) siendo este porcentaje significativamente superior al de sujetos sanos pues al comparar este resultado con un grupo control la diferencia en depresión no la justifica el azar. El porcentaje de nuestros pacientes con FM que presenta sintomatología depresiva es superior al 34,8% referido por Thieme y colaboradores (2004) y se acercan más al 50% informado por Martínez et al. (2003) de pacientes con dolor crónico que sufren depresión. Sin embargo, el significado etiológico de estos descubrimientos despierta controversia respecto al hecho de que la depresión sea previa, comórbida o consecuencia de la FM (Meyer Lindenberg y Gallhofer, 1998).

Se confirma la hipótesis de la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad en FM en mayor proporción que controles sanos. Este resultado también apoyaría la presencia de factores psicológicos en este trastorno. Aunque estos resultados no aclaran si dicha sintomatología es previa o consecuencia a la FM nuestra experiencia es que en algunos pacientes la depresión antecede a la FM y en otros casos es consecuencia de algunos de los síntomas.

Objetivo 3.- Estudiar la presencia de psicopatología en FM a través del test de Rorschach.

Hipótesis 3.- Los pacientes con FM tienen más depresión y dificultades en las relaciones interpersonales, valoradas a través de la Constelación de Depresión e Inhabilidad social que la población general.

Una aportación importante de nuestra investigación es la evaluación de la psicopatología a través del test de Rorschach. Los datos obtenidos a través de este test pueden complementar los resultados de los autoinformes, con la ventaja de que en el test de Rorschach la influencia de los aspectos conscientes en los resultados disminuye de manera considerable por no saber el sujeto la interpretación de sus respuestas.

Observamos que casi la mitad de nuestros sujetos (44%) tienen síntomas depresivos importantes según este test (27% constelación de depresión positiva y el 17% sintomatología depresiva valorada a través de la presencia de 4 ítems positivos en la constelación de depresión y además positiva la constelación de Inhabilidad Social) y más de la mitad de los sujetos (52%) ofrecen la constelación de Inhabilidad Social positiva. Estos resultados han sido comparados con un grupo control de sujetos sanos y las diferencias entre ambos grupos no las puede explicar el azar. A pesar de que no hemos encontrado referencias con las que contrastar estos resultados, coinciden con los obtenidos en el estudio de Pérez et al. (2008) a través de técnicas proyectivas gráficas, quienes detectan la existencia de procesos depresivos no resueltos.

Se confirma la Hipótesis de que los sujetos con FM tienen más depresión e inhabilidad social valoradas a través del test de Rorschach que controles sanos. Este resultado también apoyaría la presencia de factores psicológicos en este trastorno. Tampoco está claro si estos aspectos son causa o consecuencia de la FM.

Objetivo 4.- Estudiar los rasgos de personalidad psicósomática a través del test de Rorschach.

Hipótesis 4.- Los pacientes con fibromialgia tienen más rasgos psicósomáticos de personalidad referidos a la capacidad de mentalización que la población general.

Los pacientes con FM son un grupo heterogéneo en el que nos encontramos con sujetos a quienes no afecta excesivamente la enfermedad y otros que están gravemente limitados, Thieme, Turk y Flor (2004) señalan que una de las variables que explican estas diferencias son las características de personalidad premórbidas y la historia de aprendizaje previa, ya que pueden predisponer a que los pacientes respondan de manera diferente a los síntomas de la FM.

En estos momentos lo que refleja la literatura apunta a que no existe una personalidad común en FM. Muro (2007) considera que la estructura mental de las personas que tienen FM se encuentra entre las “neurosis de carácter de mentalización incierta”, en las que se sospechan fallos en la mentalización, y las “neurosis de carácter mal mentalizadas” en las que los fallos de mentalización están comprobados.

Estudiamos características de personalidad referidas a la capacidad de mentalización, a través del test de Rorschach. Porcelli (2010) considera que este test es un método apropiado para evaluar alexitimia por su naturaleza multifacética, la alexitimia es un constructo que representa un déficit en el procesamiento cognitivo de la emoción y dificultad para identificar y describir sentimientos, y está relacionada con las enfermedades psicósomáticas. El test de Rorschach permite evaluar varios aspectos psicológicos incluidos en el constructo de alexitimia, tales como estilo cognitivo, dimensiones afectivas, capacidad de tolerar y controlar el estrés y representaciones interpersonales. McGrath (2008) también refiere que el Rorschach puede ofrecer información que no está al alcance de otras técnicas de evaluación, es un buen indicador de algunos constructos clínicos y permite conocer el estilo personal de respuesta, el cual indica la forma que tiene la persona de interactuar con el entorno.

Para estudiar las características de personalidad psicósomática a través del Rorschach hemos seguido los criterios propuestos por Martín (2008) y, al comparar los resultados respecto a la capacidad de mentalización de los sujetos con FM con un grupo control de sujetos sanos, encontramos que los pacientes con FM presentan algunas características específicas y diferentes al grupo control con asociación estadísticamente significativa y que no la justifica el azar.

Las características encontradas se refieren a los sujetos de la muestra como grupo pero no aportan información sobre si un sujeto tiene dicha personalidad pues no sabemos si cada sujeto tiene las suficientes características como para diagnosticarle de personalidad psicósomática. A pesar de que este aspecto puede considerarse como una limitación, pensamos que la información obtenida de este análisis es muy interesante pues nos permite aproximarnos a la valoración de características psicósomáticas como específicas de la FM. Es una línea futura de investigación valorar qué porcentaje de sujetos presenta las suficientes variables como para decir que tiene un modo de funcionamiento psicósomático.

Los resultados muestran que los sujetos con FM de nuestra muestra presentan **características en las relaciones interpersonales** que pueden influir en algunos síntomas, así por ejemplo se observa que son más pasivos en el afrontamiento de los problemas y en las relaciones interpersonales, tienen mala calidad de las representaciones del elemento humano, dificultad para enfrentarse eficazmente a las demandas comunes de su entorno social y conductas dependientes y regresiones pasivas. Algunos de estos aspectos coinciden con lo observado por otros autores, por ejemplo Hasset, Conde, Patella y Sigal, (2000) refieren que los sujetos con FM presentan rasgos de dependencia y pasividad; Soriano y Monsalve (2002) observan que la utilización de estrategias pasivas se ha relacionado con incremento de dolor, depresión, impotencia y peor ajuste psicológico; Davis, Zautra y Reich (2001) observan que tienen más constricción social que las personas con osteoartritis y Windfield (2000) refiere inhabilidad.

Por otra parte también hemos encontrado en los pacientes con FM de nuestra muestra **mayor registro de ansiedades difusas** que generan sentimientos de indefensión y desvalimiento que los controles sanos. Winfield (2001) refiere que las pacientes con FM se ven sumidas en un estado de angustia difícil de precisar, miedos inconcretos, sin una justificación evidente y que no ponen en marcha ningún mecanismo de defensa. Por su parte Muro (2007) encuentra en muchas de estas pacientes “angustias automáticas” que se corresponden con las “angustias difusas” descritas por Marty (1995 citado en Muro, 2007) “no son una señal de alarma, sino que son una alarma permanente y muestran el desamparo del individuo, la escasez de sus recursos defensivos y su falta de organización. El paciente no puede dominar la excitación porque no puede elaborarla” (p.117).

Por último también encontramos **déficit en la capacidad de expresión de los estados de necesidad y de introspección**, o desbordamiento de éstos por impactos traumáticos, aspectos que recuerdan a lo encontrado por autores como Muro (2007) o Tobo (2007) respecto a la dificultad de mentalización y de expresión de sentimientos. Este aspecto puede contribuir a otra característica observada y es la que se refiere a un **aumento de representaciones corporales con una carga emocional disruptiva**, en este sentido Windfield (2001) dice que la “amplificación de los síntomas” se cree debida a una percepción patológica de los estímulos internos.

Se confirma la hipótesis de que los pacientes con fibromialgia (como grupo) tienen más rasgos psicosomáticos de personalidad referidos a la capacidad de mentalización que la población general.

Hasta aquí y según los resultados reflejados podemos decir que existen factores psicológicos que están implicados en FM, referidos a presencia de Acontecimientos Vitales Estresantes, depresión, ansiedad, déficits en las relaciones interpersonales y características psicosomáticas de personalidad. Pero tan importante como detectar la presencia de variables psicológicas en fibromialgia es saber qué posibles factores o variables psicosociales pueden suponer un riesgo

para desarrollar una enfermedad, ya que de ese modo se pueden diseñar programas de prevención e intervenciones terapéuticas más eficaces. No sólo los factores de riesgo son importantes sino que poder detectar factores de protección abre muchas posibilidades para mejorar la salud y fomentar las capacidades de nuestros pacientes. Con esta finalidad estudiamos las posibles relaciones entre las diferentes variables analizadas cogiendo como eje central la influencia de las mismas en la psicopatología, calidad de vida y estado de salud general. Además, comprobar la influencia de las variables psicológicas en la sintomatología actual también justificaría la implicación de variables psicológicas en FM. Los resultados se refieren a los objetivos 5 y 6 de este primer trabajo.

Objetivo 5.- Estudiar la influencia de variables sociodemográficas y clínicas en psicopatología, calidad de vida y estado de salud general **Hipótesis 5.-** Existen características personales que influyen en la FM

Se observa asociación de la edad en las variables estudiadas, en sentido inverso, es decir, la ansiedad y depresión disminuyen en la medida que el sujeto tiene más edad y la calidad de vida también es mejor con la edad, pero el porcentaje de variabilidad que la edad tiene sobre las variables estudiadas es pequeño. Encontramos que los pacientes que tienen mayor nivel de estudios tienen mejor estado de salud. Estar activo laboralmente influye en tener menos psicopatología y mejor calidad de vida y estado de salud general. Además estar en litigio para conseguir incapacidad laboral se asocia con mayor ansiedad estado, depresión, peor calidad de vida y peor estado de salud en el momento actual. Es interesante observar que tener más trastornos reumáticos no se asocia con ninguna de las variables mencionadas.

Cuando atendemos por primera vez a los pacientes llevan una media de siete años con dolor y llama la atención que los sujetos que llevan más tiempo con dolor son los que menos psicopatología y menos impacto en la calidad de vida presentan. Es decir que llevar más tiempo con dolor “parece proteger de la sintomatología señalada”. Este dato puede estar en relación con lo reflejado por Zelman et al. (2004), quienes observaron que un día de dolor

manejable para un paciente no tiene que ver tanto con la ausencia total de dolor como con el hecho de que su intensidad sea tolerable para realizar las actividades de la vida cotidiana. En este sentido podríamos pensar que cuanto más tiempo lleva un sujeto con dolor ha podido adaptarse y manejarlo sin que interfiera tanto en dichas actividades. A pesar de ser un hallazgo importante, hemos de tener en cuenta que el porcentaje de variabilidad que el tiempo de dolor tiene sobre las variables estudiadas (ansiedad, depresión, calidad de vida y estado de salud general) es muy pequeño.

Respecto a las variables sociodemográficas y clínicas podemos concluir que las variables que más influyen en la psicopatología actual y calidad de vida son no estar activo laboralmente y estar en litigio para conseguir una incapacidad. Los efectos psicológicos de la pasividad y dependencia derivadas de esta situación se manifiestan en un incremento de la ansiedad y sintomatología depresiva así como peor calidad de vida.

Objetivo 6.- Estudiar la influencia de los AVE en la psicopatología, calidad de vida y estado de salud general. **Hipótesis 6.-** Los sujetos que han tenido más AVE a lo largo de su vida van a tener más psicopatología e la actualidad y peor calidad de vida y estado de salud.

Finestone (2000 citado en Casanueva, 2005) trató de establecer la asociación entre dolor crónico, utilización de servicios de salud e historias de abuso sexual en la infancia, observando que las personas que habían recibido abuso referían mayor número de áreas corporales dolorosas y mayor número de diagnóstico de FM. Padecían también mayor número de hospitalizaciones, cirugías y visitas al médico de familia.

En esta línea estudiamos la influencia que haber tenido Acontecimientos Vitales Estresantes tiene en la psicopatología y calidad de vida, y observamos que haber sufrido maltrato en la infancia y haber tenido AVE en el año previo a la presentación de la sintomatología dolorosa son las variables que tienen una asociación estadísticamente significativa más importante con todas las escalas (depresión, ansiedad, calidad de vida y estado de salud general). Incluso

cuando agrupamos o unimos estas dos variables, es decir que el sujeto haya sufrido maltrato en la infancia y además AVE en el año anterior a la aparición del dolor, la asociación sigue siendo muy fuerte.

Estos resultados apoyarían la hipótesis de que el hecho de no haber adquirido recursos psicológicos suficientes en la infancia puede generar vulnerabilidad psicológica ante situaciones estresantes en la edad adulta. Eich, Hartmann, Müller y Fischer (2000) refieren que muchos pacientes con FM llegan a ser vulnerables por los efectos psicológicos a largo plazo de experiencias negativas en la infancia, como consecuencia ellos desarrollan una baja autoeficacia, estrategias de afrontamientos desadaptativas y humor negativo cuando se confrontan a estresores inevitables en la vida adulta.

Es como si las situaciones no elaboradas de la infancia se reactualizan ante AVE en la edad adulta, que las resignifican. Pérez , Ortiz , de Felipe , Sigüero y García (2008) concluyen que sus resultados son compatibles con la presencia de “desajustes adaptativos y falta de recursos por parte del Yo para confrontar y/o elaborar las nuevas circunstancias estresantes y su significado”. Por otra parte, Muro (2007) dice que

Podemos pensar que en estas mujeres existen ciertas deficiencias en su capacidad de elaboración mental, que, unidas a la intensidad del traumatismo, hacen que su aparato psíquico se vea desbordado y no pueda frenar la grave pérdida narcisista que están sufriendo, lo que podría llevarlas a la desorganización psicosomática. Pero en lugar de la desorganización, lo que aparece es el dolor de la fibromialgia. (p. 117)

La dificultad en la capacidad de elaboración se puede entender, en parte, por la presencia de esos AVE en la infancia ya que hemos visto que muchas de ellas han sufrido maltrato, han realizado trabajos desde pequeñas y no han tenido unos vínculos ni una relación facilitadora de expresión. El hecho de que sea la presencia de maltrato en la infancia y AVE en el año anterior

a la aparición de la sintomatología dolorosa las que más se observan y relaciona con la psicopatología apoyaría esta hipótesis.

También hemos estudiado la asociación entre AVE y Depresión e Inhabilidad Social (test de Rorschach) ya que son las dos constelaciones que se mostraron positivas en FM, a diferencia de controles sanos. Encontramos que haber tenido AVE en infancia y haber sufrido maltrato en infancia más AVE año previo a la aparición del dolor son las dos situaciones que influyen en la depresión actual valorada por el test de Rorschach. Los resultados son muy interesantes debido a que la relación encontrada es en sentido inverso, es decir que los sujetos que han tenido dichos Acontecimientos Estresantes tienen menos depresión en la actualidad. Y dicha asociación es mayor cuando la depresión es secundaria a Inhabilidad Social.

En el caso de analizar la influencia de los AVE en la Constelación de inhabilidad Social, el sujeto que ha sufrido AVE en varios momentos de la vida tiene menos dificultades en el afrontamiento interpersonal cuando tiene FM.

Estos resultados que, en principio nos sorprenden, tienen un significado diferente cuando pensamos en el discurso de las pacientes ya que, en muchos casos, quienes han tenido menos limitaciones y dificultades, incluso personas que han tenido una actividad excesiva, son las pacientes que sienten más dolor emocional y malestar cuando se muestran con tantas limitaciones ante los demás, aislándose en muchos casos y abandonando actividades en las que se relacionaban con los otros.

El análisis de la relación entre AVE y las constelaciones del test de Rorschach muestra que haber tenido AVE anteriores actúa como posible factor de protección frente a la depresión e inhabilidad social en pacientes con FM. En el caso de la depresión actual son los AVE infantiles, maltrato en la infancia y AVE en el año previo a la aparición de la sintomatología dolorosa los que protegen. En el caso de la Inhabilidad Social dichas experiencias han tenido que ocurrir en varios momentos de la vida.

La hipótesis de que los sujetos que han tenido más AVE a lo largo de su vida van a tener más psicopatología en la actualidad y peor calidad de vida y estado de salud se ve confirmada cuando la valoración se realiza a través de cuestionarios, pero cuando se utiliza el test de Rorschach no sólo no se cumple sino que haber sufrido AVE anteriores parece proteger de tener depresión e Inhabilidad Social en el momento actual.

Teniendo en cuenta la importancia que los posibles factores de protección y riesgo tienen para el conocimiento y tratamiento de estos pacientes hemos analizado de manera más exhaustiva la influencia de diferentes variables en la psicopatología y calidad de vida. En esta línea se incluyen los **objetivos 7, 8, 9 y 10** de este primer trabajo. Los objetivos 7 y 8 se dirigen a estudiar la influencia de dichos factores en la psicopatología valorada a través de cuestionarios y test de Rorschach y los objetivos 9 y 10 a estudiar la influencia de dichos factores sobre calidad de vida y estado de salud general.

Objetivo 7.- Estudiar factores psicosociales de riesgo y protección en depresión y ansiedad, valorada a través de cuestionarios autoaplicados. **Hipótesis 7.-** Existen variables psicosociales que influyen en la depresión y ansiedad de los pacientes con FM.

Thieme y colaboradores (2004) alertaron de la influencia de variables psicosociales en depresión y ansiedad. En nuestro estudio, en un primer paso hemos visto que hay muchos factores de riesgo para tener depresión (BDI), es decir existe una asociación estadísticamente significativa entre situación laboral, litigio, tiempo de dolor, maltrato, AVE último año, ansiedad rasgo y ansiedad estado con depresión. Pero después de realizar un análisis multivariante vemos que la única variable que predice tener depresión actualmente es la ansiedad. Tener ansiedad rasgo multiplica por 13 la posibilidad de tener mayor depresión en BDI (teniendo en cuenta la influencia de la ansiedad estado).

Respecto a la ansiedad vemos que los factores de riesgo para tener ansiedad en FM son tener depresión en el momento actual y haber sufrido maltrato en la infancia. Tener depresión

multiplica por 2 la posibilidad de tener ansiedad rasgo y por 2,5 la posibilidad de tener mayor ansiedad estado. Haber sufrido maltrato en la infancia, ajustada por el resto de variables, multiplica por 5 la posibilidad de tener ansiedad estado.

La hipótesis de que existen variables psicosociales que influyen en la depresión y ansiedad de los pacientes con FM se ve confirmada. En el caso de la depresión es la ansiedad y en el caso de la ansiedad es la depresión y haber sufrido maltrato en la infancia. Estos resultados siguen demostrando la importancia de los factores psicológicos en FM y la necesidad de diseñar intervenciones psicoterapéuticas para tratarlos.

Objetivo 8.- Estudiar factores psicosociales de riesgo y protección en psicopatología valorada a través del test de Rorschach. **Hipótesis 8.-** Existen variables psicosociales que influyen en la psicopatología valorada a través del test de Rorschach.

Encontramos que las personas que han tenido AVE en varios momentos de su vida (AVE en infancia + AVE edad adulta, AVE Infancia + AVE edad adulta +AVE año previo a la aparición del dolor y AVE en edad adulta +AVE año previo) tienen menos dificultades en el afrontamiento interpersonal (CDI, Rorschach). Hay menos sujetos que tienen inhabilidad social en la actualidad y que han tenido dichos acontecimientos. Es como si el impacto de la FM o de las limitaciones que produce el dolor fuera menor, en el tema de las relaciones interpersonales, en los sujetos que han tenido experiencias adversas en esos momentos de la vida.

Respecto a la depresión, los resultados muestran que el haber sufrido AVE en la infancia y haber sufrido maltrato en la infancia + AVE en el año anterior a la aparición del dolor “protege” de tener depresión según el test de Rorschach. Es decir, observamos que los sujetos que han tenido AVE en esos momentos de su vida tienen menos depresión en la actualidad según este test. Estos resultados son contrarios a los obtenidos a través de cuestionarios autoaplicados ya que cuando estudiamos la depresión en base a síntomas (cuestionarios) encontramos que haber sufrido experiencias adversas anteriores influye en tener más depresión en la actualidad

y, sin embargo, cuando estudiamos la depresión de base a través del test de Rorschach estas experiencias adversas se asocia con tener menos depresión en la actualidad, es como si el impacto de la FM o de las limitaciones que producen el dolor fuera menor en los sujetos que han tenido experiencias adversas en la vida. Hemos de aclarar que los sujetos con depresión según el BDI no son los mismos que los que tienen depresión según el Rorschach.

Nuestros resultados confirman la hipótesis de que existen variables psicosociales que influyen en la psicopatología valorada a través del test de Rorschach, pero la influencia es en sentido inverso, es decir, haber tenido AVE previos protege de tener depresión y dificultades en las relaciones interpersonales en el momento actual. Estos resultados son muy sugerentes a la hora de pensar en el impacto que los diferentes Acontecimientos Estresantes tienen sobre el psiquismo dependiendo del modo de evaluarlo. También estos resultados y su análisis nos ayuda a entender mejor la complejidad psicológica de estos pacientes y mejorar nuestras intervenciones como psicoterapeutas.

Objetivo 9.- Estudiar factores de riesgo y protección en la calidad de vida valorada a través del FIQ. **Hipótesis 9.-** Existen variables psicosociales que influyen en el impacto de la FM en la calidad de vida valorada a través del FIQ.

Martínez (2004) informa que el impacto de la FM en la escasa calidad de vida de los sujetos es global e importante, comprobándose que las personas con FM tienen dificultades para el desarrollo de sus actividades diarias (de Gracia et al., 2001). Esta afirmación es confirmada en nuestro estudio, encontrando que nuestros pacientes presentan, como media, un impacto severo en la calidad de vida (valorado a través del FIQ) similar al referido en otros estudios españoles (Monterde et al., 2004; García-Fructuoso, Lao-Villadóniga, Beyer y Santos, 2006; Esteve et al., 2007) siendo, sin embargo, las puntuaciones medias del FIQ inferiores en otros países, como Italia, (Sarzi-Puttini, 2003 citado en Monterde, 2004) Alemania (Offenbaecher, Waltz y Schoeps, 2007) y Suecia (Hedin, Hamne, Burckhardt y Engström-Laurent, 1995).

Es muy frecuente encontrar estudios que apoyan la influencia de diferentes variables como ansiedad y depresión en la calidad de vida, Thieme et al. (2004) refieren que trastornos de ansiedad presentan el número más grande de síntomas físicos asociados con FM y el dolor de más intensidad e interferencia; Nampiarapampil y Shmerling (2004) observaron que el dolor y la sintomatología depresiva repercuten en la calidad de vida de las pacientes; Sayar, Gulec y Topbas (2004) también han informado de la relación existente entre depresión y severidad clínica del FIQ y Lépine y Briley (2004) encontraron que el dolor moderado o severo se asocia a más síntomas depresivos.

Nuestros resultados confirman la influencia de la depresión en la calidad de vida junto con otras variables pero, al realizar una regresión logística multivariante nos encontramos con que estar en litigio (ajustada por el resto de variables) es la variable que más influye en tener mayor afectación en la calidad de vida.

La hipótesis de que existen variables psicosociales que influyen en el impacto de la FM en la calidad de vida valorada a través del FIQ se ve confirmada y estar en situación de litigio para conseguir una incapacidad es la variable que más impacto tiene en la calidad de vida.

Objetivo 10.- Estudiar factores de riesgo y protección en el estado de salud valorado a través del Nottingham Health Profile. **Hipótesis10.-** Existen variables psicosociales que influyen en el estado de salud valorado a través del Nottingham.

Respecto a los resultados del Nottingham observamos una afectación severa el estado de salud con una mediana de 63 IIQ (79-52,50). Además casi el 40% de los sujetos tienen una afectación muy severa de su estado de salud.

Al realizar un análisis multivariante de las diferentes variables que han mostrado una relación estadísticamente significativa con el estado de salud general actual valorado por el Nottingham vemos que estar en situación de incapacidad laboral, tener ansiedad (STAI) y tener

depresión (BDI) son las dos variables que se asocian con tener peor estado de salud en la actualidad. La depresión es la variable que más influencia tiene sobre el estado de salud actual. Tener depresión (ajustada por las otras variables) multiplica casi por 3 la posibilidad de presentar un estado de salud muy severo. Consideramos de enorme interés estos resultados pues justificarían ampliamente la necesidad de incluir tratamientos psicoanalíticos para tratar la sintomatología depresiva referida, máxime si tenemos en cuenta que los tratamientos psicoanalíticos han demostrado evidencia para tratar esta sintomatología (Fonagy, Rott y Higgit, 2005; Shedler, 2010).

Se confirma la hipótesis de que existen variables psicosociales que influyen en el estado de salud actual siendo la depresión valorada por el BDI la variable que se asocia con tener peor estado de salud en la actualidad.

6.3.- Discusión de resultados del segundo trabajo

Respecto al tratamiento en fibromialgia, hasta el momento no hay tratamientos totalmente eficaces por la complejidad del cuadro, la multiplicidad de áreas implicadas (física, psicológica y social) y la repercusión social. El tratamiento de la FM incluye intervención médica y tratamiento psicológico, tanto de la psicopatología asociada como dirigido a la adaptación a la enfermedad. Nuestros resultados confirman la necesidad de dicho tratamiento psicológico al encontrar niveles de psicopatología muy elevados, observando gran sufrimiento y dificultades en las relaciones interpersonales. En la actualidad cada vez se da más importancia a la interrelación entre dolor y emociones, enfatizando el poder que las emociones tienen en el dolor (Roy, Piché, Chen, Peretz y Rainville, 2009).

Numerosos autores han expresado su convencimiento sobre la eficacia de un enfoque multidisciplinar en la FM y lo han expresado desde muy diferentes combinaciones terapéuticas. El equipo de Casanueva (2005) sugiere que en pacientes con un impacto severo de la FM puede

obtenerse un efecto beneficioso con un programa multidisciplinar. Vallejo (2005) refiere que los programas multicomponentes o también denominados multidisciplinarios son los más habitualmente utilizados en la clínica de dolor crónico. Sin embargo, autores como Clayton y West (2006) concluyen tras el análisis de algunas revisiones que parece existir poca evidencia científica sobre la eficacia de la rehabilitación multidisciplinar en estos procesos. No obstante son los más utilizados y, hasta el momento, los que mejores resultados arrojan.

El tratamiento psicológico que se defiende, en la casi totalidad de los tratamientos multidisciplinarios a los que se refieren los estudios como eficaces, es el cognitivo-conductual siendo los objetivos centrales de dichos tratamientos la adaptación al dolor y mejorar la capacidad de afrontamiento. De hecho, en un actual meta-análisis sobre los tratamientos psicológicos para fibromialgia que realizan Glombiewski et al. (2010) en el que se identificaron 23 estudios que incluyen 30 tratamientos psicológicos, todos los tratamientos eran de orientación cognitivo-conductual o psicoeducación. Los autores concluyen que en el tratamiento de la fibromialgia en adultos se intervenga con Técnicas Cognitivo Conductuales de larga duración acompañado de técnicas de relajación y/o biofeedback.

Por nuestra parte, aunque no podamos decir que los aspectos psicológicos son la causa del dolor en FM los datos presentados apoyan la hipótesis de la influencia de variables psicológicas en la sintomatología de estos pacientes. Dichas variables se refieren a acontecimientos estresantes, posibles conflictos no resueltos y duelos no elaborados. Por este motivo, es importante incluir en el tratamiento intervenciones en las que se puedan identificar, analizar y resolver algunos de estos factores y que irán en beneficio del sujeto. De este modo, no sólo proponemos que el tratamiento psicológico vaya dirigido a una mejor adaptación y estrategias de afrontamiento del dolor sino también a la identificación de los aspectos psicológicos que pueden estar implicados y su resolución, aspectos tratados con la técnica psicoanalítica.

Por este motivo y para apoyar la implementación de tratamientos psicoanalíticos en la atención de esta patología, ha sido objeto especial de nuestra investigación evaluar la

psicoterapia de grupo breve de orientación psicoanalítica integrada en un tratamiento multidisciplinar.

Es uno de los principales aportes de esta investigación poder demostrar que el tratamiento psicoterapéutico grupal breve de orientación psicoanalítica integrado en un abordaje multidisciplinar es eficaz. En la evaluación de resultados observamos la disminución de síntomas y, por lo tanto, la efectividad del tratamiento psicológico ya que se ha realizado en el contexto clínico habitual de tratamiento. De este modo nuestra investigación estaría exenta de la limitación a la que alude Barracal (2005) cuando señala que, en bastantes ocasiones, las técnicas que se estiman eficaces presentan cuando se llevan a la práctica en sesión, una serie de problemas raramente mencionados en las guías de tratamiento.

El objetivo general de este segundo trabajo es comprobar la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica breve de grupo.

Hemos elegido diferentes modos de evaluar la efectividad de la psicoterapia que incluyen metodología cuantitativa y cualitativa. De este modo, pretendemos hacer una evaluación más exhaustiva y compensar las limitaciones derivadas de cada metodología por separado. Discutiremos nuestros resultados siguiendo el mismo orden y los epígrafes que se reflejan en el trabajo.

Evaluación de la mejoría con asociación estadísticamente significativa de los síntomas principales de la FM a través de cuestionarios autoaplicados.

Podemos comenzar la evaluación de la mejoría sintomática con la pregunta que se hacen Fonagy, Rott y Higgitt (2005) ¿hay trastornos para los cuales la psicoterapia psicodinámica a corto plazo se pueda considerar basada en la evidencia? En la revisión que realizan no se encuentran estudios sobre fibromialgia, por lo que la contribución de nuestra investigación supone una aportación en esta línea. Los autores, sin embargo, si refieren eficacia de este

tratamiento en depresión y ansiedad que, como hemos visto, son dos síntomas muy frecuentes en estos pacientes.

Nuestros resultados confirman lo expuesto por Fonagy, pues encontramos que los sujetos después de la intervención psicoterapéutica mejoran en depresión y ansiedad con significación estadística. Pero además observamos mejoría con significación estadística en calidad de vida y estado de salud.

El encuadre terapéutico evaluado se divide en tres periodos, con varios meses sin psicoterapia entre cada periodo para no generar lista de espera y poder mantener durante más tiempo la intervención psicológica y, observamos, que existe una mejoría con significación estadística en todas las variables evaluadas (ansiedad, depresión, calidad de vida y estado de salud) tras la primera intervención de 12 sesiones, dicha mejoría aumenta en todas las variables tras otra segunda intervención de 5 sesiones a los 6 meses y se mantiene a los 12 meses, después de otra intervención de 5 sesiones. Es interesante señalar que en depresión, calidad de vida y estado de salud la media que revela mayor mejoría es tras la segunda intervención disminuyendo ligeramente tras la tercera.

En cuanto a las diferentes dimensiones del FIQ la mejor evolución se refiere a la percepción de bienestar, el cansancio y la depresión pues la mejoría se mantiene con significación estadística a lo largo de toda la intervención psicológica y la intensidad de dolor a los 6 y 12 meses. No se observa mejoría con significación estadística en la variable que valora la rigidez.

En cuanto a las dimensiones evaluadas por el Nottingham, la referida a las reacciones emocionales mejora en todas las intervenciones, el dolor a los 3 y 6 meses y el sueño a los 6 y 12. No se observa mejoría con significación estadística en movilidad física en ninguna de las intervenciones. Estos resultados son importantes porque diferentes estudios indican que, en general, la calidad de vida de los pacientes empeora y Amaro, Martín, Antón y Granados (2006) refieren que los pacientes del grupo que han estudiado no han conseguido mejoría con

significación estadística después de tratamiento psicológico cognitivo conductual en grupo de 10 sesiones valorado con el Nottingham.

Respecto a la mejoría de la percepción del dolor, valorada a través del FIQ y del Nottingham, no encontramos mejoría con asociación estadísticamente significativa después de la intervención de 12 sesiones, resultados que coinciden con los reflejados desde otras orientaciones teóricas pues Comeche y colaboradores (2010) no encontraron mejoría estadísticamente significativa en dolor tras una intervención cognitivo conductual de 10 sesiones. Pero en nuestro estudio sí se observa mejoría estadísticamente significativa al aumentar a 17 las sesiones y, en este caso, con un tratamiento grupal exclusivamente psicoanalítico, y se mantiene al finalizar dicho tratamiento de 22 sesiones.

Shedler (2010) refleja que la evidencia empírica avala la eficacia de la psicoterapia psicodinámica y que la percepción de que la psicoterapia psicodinámica no tiene apoyo empírico no se corresponde con la evidencia científica disponible y puede estar reflejando la división selectiva de los descubrimientos en investigación. Nuestros resultados en el tratamiento de pacientes con FM confirman esta afirmación ya que existe una mejoría con asociación estadísticamente significativa en ansiedad, depresión, calidad de vida y estado de salud general tras la primera intervención de 12 sesiones, dicha mejoría aumenta tras la intervención de 5 sesiones a los 6 meses y se mantiene a los 12 meses, después del tercer ciclo de psicoterapia.

Podemos concluir este apartado diciendo que la psicoterapia de grupo psicoanalítica breve, integrada en un programa multidisciplinar, es efectiva en el tratamiento de fibromialgia en algunos de los síntomas más descritos como son depresión, ansiedad, calidad de vida y estado de salud general. También es interesante señalar que dicha psicoterapia puede adaptar el encuadre a las características de la demanda y de los dispositivos en los que se aplica.

Evaluación de la mejoría siguiendo criterios de severidad, evaluada a través de cuestionarios autoaplicados. Mejoría clínica.

La investigación cuantitativa tiene limitaciones para evaluar factores psicológicos y la eficacia de la psicoterapia en cuanto a la interpretación de los resultados y, por eso, es importante realizar la evaluación desde distintas perspectivas. Otra forma de valorar la eficacia de la psicoterapia, referida a la mejoría de los síntomas, es analizando el número de sujetos que teniendo psicopatología antes del tratamiento deja de tenerla después del mismo. Estaríamos hablando de una manera de evaluar la mejoría clínica, es decir, que el sujeto mejore lo suficiente como para que dicha mejoría sea percibida por él mismo o por el clínico. Esta forma de analizar la eficacia de la psicoterapia también da información acerca del beneficio del tratamiento psicoterapéutico y en qué variables.

Si comenzamos analizando los resultados sobre depresión, Fonagy, Rott y Higgitt (2005) refieren que en el tratamiento de la depresión hay alguna evidencia sobre la terapia psicodinámica breve (hasta 24 sesiones) pero no la hay para la terapia a largo plazo o psicoanálisis a pesar del hecho de que los datos obtenidos a partir de pruebas de depresión indican la necesidad de un tratamiento más intensivo. Informan que, en líneas generales, en 4-6 meses de terapia, en torno a la mitad de los tratados tienen probabilidades de remitir. En nuestra muestra después del tratamiento de psicoterapia grupal de 22 sesiones encontramos que un 16% de sujetos que tenían depresión (BDI) no la tienen después de la psicoterapia. Aunque no llegan al porcentaje de remisiones referido por Fonagy, hemos de tener en cuenta que la depresión de nuestros pacientes en general es severa y además se complica por la presencia de una enfermedad crónica como la FM siendo la mejoría de la depresión de estos pacientes más difícil.

Respecto al tratamiento de la ansiedad Fonagy, Rott y Higgitt (2005) dicen que es llamativo que se haya realizado tan poca investigación para establecer la pertinencia de los enfoques psicodinámicos respecto a la ansiedad, que es tan central tanto para la teoría como para la

práctica psicoanalítica. Sin embargo, en una revisión reciente Shedler (2010) afirma que se ha comprobado la eficacia de la psicoterapia psicodinámica para depresión, ansiedad, pánico, trastornos somatomorfos, trastornos alimentarios, abuso de sustancias y trastornos de personalidad. Los resultados obtenidos en cuanto a mejoría en ansiedad en nuestra investigación confirman las afirmaciones de Shedler pues hay un 20% menos de sujetos con ansiedad rasgo patológica después de la psicoterapia y un 14% menos de sujetos con ansiedad estado patológica.

Evaluación de la mejoría con relevancia o significación clínica.

La evaluación cuantitativa puede ser pesada y farragosa ya que no puede profundizar en el psiquismo y la subjetividad, como lo hace otro tipo de investigación que resulta más atractiva. Por otra parte, en nuestro estudio los resultados de mejoría en cuanto a los síntomas en muchos casos no coinciden con los expresados en la encuesta de satisfacción ya que los cuestionarios son muy limitados y es imposible que la mejoría de un sujeto se refleje en los mismos. También tenemos en cuenta las críticas que se pueden hacer a la investigación cuantitativa desde sectores psicoanalíticos como que los datos y los números no reflejan la realidad de lo que pasa y que pueden dar informaciones confusas.

A pesar de estas limitaciones de la investigación cuantitativa queremos resaltar algunos beneficios de la misma, siendo el primero de ellos su necesidad para poder defender e implementar tratamientos psicoanalíticos en determinados ámbitos de actuación y por este motivo hemos estudiado la mejoría de nuestros sujetos no sólo con significación estadística sino con significación o relevancia clínica. Es importante que un tratamiento sea eficaz (efectivo en nuestro caso porque se realiza en el ámbito clínico) según criterios de significación estadística pero lo que realmente es valorado por la comunidad científica es que un tratamiento sea eficaz con relevancia clínica, es decir, que la mejoría de un sujeto después del tratamiento pueda ser percibida por él mismo y por el clínico.

Para evaluar la mejoría con relevancia clínica y teniendo en cuenta que muchos de nuestros sujetos tienen depresión severa según el BDI, hemos considerado que una disminución en la puntuación del BDI de 6 puntos después de la psicoterapia supone mejoría clínica y hemos encontrado que el 30% de los sujetos mejora siguiendo este criterio, aproximándose más estos resultados a los referidos por Fonagy, Rott y Higgitt en 2005 ya que decían que aproximadamente la mitad de los sujetos mejoraba con evidencia científica después de un tratamiento de psicoterapia psicodinámica breve. Hemos tomado el mismo criterio, la disminución de 6 puntos en ansiedad a través del STAI como mejoría con repercusión clínica y el 37% de sujetos termina la psicoterapia con esta disminución en la puntuación del STAI-R. En cuanto al Nottingham hemos elegido como criterio la disminución de 10 puntos observando que el 29% de sujetos mejora en este rango.

En el ámbito de la reumatología y del tratamiento de pacientes con dolor crónico, un indicador de mejoría muy importante es el cambio en la capacidad funcional y el impacto en la calidad de vida de los pacientes. Esta perspectiva es compartida por la psicología y ha sido reflejada en algunos manuales de intervención con tratamientos eficaces. Por ejemplo, Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez (2003) insisten en la necesidad de no contemplar como éxito de la terapia únicamente la desaparición de los síntomas típicos del trastorno (criterios DSM) sino también considerar otras medidas más globales como el ajuste psicosocial, la calidad de vida o el hecho de que, en vez de una existencia estancada por un síntoma, el paciente recupera su capacidad de dirigirse hacia sus metas vitales y vuelve a gozar de una vida con sentido.

Por estos motivos estudiamos la valoración de la mejoría con relevancia clínica en el impacto que la FM tiene en la calidad de vida porque, como se dijo anteriormente, uno de los propósitos de esta investigación es justificar la pertinencia de los tratamientos psicoanalíticos en pacientes con FM atendidos en el Sistema público de Salud. Es en la consulta de Reumatología en la que mayoritariamente se trata médicamente a estos pacientes y uno de los criterios evaluados de manera sistemática en dicha consulta es el impacto de la FM en la

calidad de vida, los reumatólogos han desarrollado un cuestionario específico para valorar este aspecto, el FIQ, y han estudiado qué porcentaje de disminución de las puntuaciones en dicho cuestionario son consideradas con repercusión clínica, por lo que consideramos importante demostrar la eficacia del tratamiento psicoanalítico en relación a los parámetros que ellos manejan.

Bennet, Bushmakina, Cappelleri, Zlateva y Sadosky (2009) han estudiado cuál es la mínima diferencia clínicamente importante estimando que es el 14% (95% intervalo de confianza). Los análisis indican que un cambio del 14% en la puntuación total del FIQ es clínicamente relevante. Teniendo en cuenta este criterio para evaluar la mejoría con relevancia clínica en el FIQ, después de la psicoterapia observamos que el 26,3% de los sujetos que terminan la primera intervención psicoterapéutica (a los 3 meses) tienen dicha respuesta, el 43,1% de los sujetos que terminan la segunda intervención psicoterapéutica (a los 6 meses) tienen dicha respuesta y el 38,2% de los sujetos que terminan la tercera intervención psicoterapéutica (a los 12 meses) tienen dicha respuesta. Resultados nada despreciables teniendo en cuenta que no hay tratamientos totalmente efectivos para estos pacientes.

Al realizar un análisis multivariante se observa que las variables que predicen de forma independiente una respuesta clínicamente significativa en calidad de vida (FIQ) son comorbilidad reumatológica en las dos primeras intervenciones psicoterapéuticas y mayor nivel educativo al final de todo el tratamiento. Aunque no existe asociación estadísticamente significativa hay que destacar que mejoran más quienes ofrecen puntuaciones más altas en el FIQ.

Llama la atención que, aunque la comorbilidad reumatológica no influye en la psicopatología, sin embargo son los sujetos que tienen más enfermedades reumáticas quienes mayor mejoría reportan en calidad de vida después de nuestra intervención psicoterapéutica en las dos primeras intervenciones. Por otra parte, los sujetos que tienen mayor nivel educativo son quienes mayor mejoría reportan al finalizar todo el tratamiento de psicoterapia. Además

nos parece muy importante que se pueda objetivar una mejoría en el 40% de los sujetos que finalizan la psicoterapia en la calidad de vida en la que se recoge mejoría en síntomas muy físicos y a través de un cuestionario.

En un intento de integrar aspectos más cualitativos en la evaluación de la mejoría con relevancia clínica en el FIQ hemos analizado qué temas o conflictos trabaja cada sujeto, agrupando los temas trabajados en: adaptación a la enfermedad, maltrato en la infancia, duelos, conflicto con los padres, conflicto con la pareja, enfermedades previas del paciente y enfermedades de otros familiares. Todos los sujetos abordan la adaptación a la enfermedad pero hay quienes se centran más en conflictos trabajados desde una perspectiva psicodinámica como experiencias infantiles y relaciones con los padres mientras que otros se centran más en la adaptación actual.

Hemos analizado la mejoría con relevancia clínica obtenida a través del FIQ relacionándola con el tema trabajado y hemos visto que, aunque hay más sujetos que trabajan el tema de la adaptación son los pacientes que abordan experiencias de maltrato en la infancia o conflictos con los padres quienes mayor mejoría con relevancia clínica muestran en el FIQ. Los resultados reflejan que de los sujetos que realizan la psicoterapia de 22 sesiones, mejoran más en calidad de vida valorada por el FIQ con significación clínica aquellos que abordan conflictos psicodinámicos (maltrato en infancia y relación con los padres) que aquellos que se centran en la adaptación. En esta línea, Shedler (2010) refiere que el abordaje de las relaciones interpersonales y la exploración de las experiencias del pasado con los primeros cuidadores (ambos conceptos psicodinámicos) predicen resultados exitosos en psicoterapia y Diener, Hilsenroth y Weinberger (2007) señalan que la facilitación por parte del terapeuta de la expresión emocional del paciente ha sido asociada con una mejoría en relación a la calidad de vida y bienestar psicológico.

Lo que más preocupa son las repercusiones de la enfermedad pero es el hecho de trabajar otros aspectos psicodinámicos lo que más influye en mejorar la calidad de vida con relevancia clínica en el FIQ. Hayes et al. (1996 citado en Fonagy et al., 2005) refieren que en un estudio de

Tratamiento Cognitivo Conductual para la depresión la medida del foco en las “cuestiones parentales” resultó estar asociada positivamente con el resultado.

Tobo (2007) también refiere que las personas de su estudio que habían asumido más obligaciones de responsabilidad que la que correspondería a su edad (en la infancia) con percepción de explotación y abuso, aun lo experimentaban como situación estresante y limitante en el momento actual y es importante señalar que la psicoterapia psicoanalítica es la más indicada para ayudar a elaborar dichos conflictos y que no sigan repercutiendo en el presente. La resolución de dichos conflictos influye en que el sujeto se adapte mejor a su enfermedad actual y que pueda integrar el aprendizaje de estrategias terapéuticas que, de otro modo, no podría. En nuestra experiencia, vemos con mucha frecuencia que los pacientes no pueden utilizar técnicas útiles para el manejo del dolor, como la relajación, por la angustia que les genera no tener un control sobre sus pensamientos y los sentimientos o recuerdos que surgen cuando intentan “relajarse”.

Como conclusión respecto a la evaluación de la psicoterapia en términos de mejoría con relevancia o significación clínica, podemos decir que la psicoterapia psicoanalítica utilizada arroja como resultados que el 30% de los sujetos que finalizan la psicoterapia mejora según estos criterios en depresión (BDI), el 37% en ansiedad (STAI), el 29% en estado de salud general (Nottingham) y, lo más relevante ya que se siguen criterios rigurosos de significación clínica en la valoración de la calidad de vida, que el 38% de los sujetos mejora de acuerdo a dichos criterios en el FIQ ya que se refiere a indicadores actuales para apoyar la utilización de un tratamiento eficaz. Hay que resaltar que los tratamientos actuales no son totalmente eficaces y que la psicoterapia grupal psicoanalítica que hemos aplicado es breve, pues consta sólo de 22 sesiones.

Evaluación de la mejoría con asociación estadísticamente significativa a través del test de Rorschach.

Algunos motivos por los que evaluamos la efectividad de la psicoterapia a través del test de Rorschach se refieren a que es un instrumento que puede ofrecer información que no está al alcance de otras técnicas de evaluación, permite conocer el estilo personal de respuesta, el cual indica la forma que tiene la persona de interactuar con el entorno (McGrath, 2008) y además el sujeto no sabe qué respuestas ha de dar por lo que se evitan sesgos propios de otros instrumentos diagnósticos en los que el sujeto puede dirigir sus respuestas en una dirección.

Los resultados obtenidos a través del Rorschach, con asociación estadísticamente significativa, en cuanto a los ***cambios en los sujetos*** después de la psicoterapia muestran una mejoría en:

- Mejora la esfera perceptiva pues aumentan la precisión y el ajuste perceptivo; disminuyen las distorsiones y los sesgos perceptivos y también disminuyen las respuestas individualizadas o muy diferentes a las habituales.
- Mejoran las relaciones interpersonales ya que aumenta la capacidad para establecer vínculos positivos o cooperativos; aumenta la capacidad para establecer vínculos interpersonales y disminuye la defensividad o el temor a ser puestos a prueba o un tipo de defensividad más infantil o menos elaborada.
- Disminuye la actitud evitativa y oposicionista a la hora de acercarse al campo estimular. También se observa menor defensividad.
- Aumenta el registro de sentimientos ambivalentes o generadores de malestar afectivo (baja alexitimia) y disminuye la tendencia a la negación de los afectos.
- Menor tendencia al descontrol.
- Menor preocupación por el cuerpo.

Podemos identificar, por lo tanto, algunos aspectos psicológicos que, desde diferentes orientaciones teóricas, se han señalado como generadores de malestar y que influyen de

manera negativa en estos pacientes así como los cambios psicológicos que son necesarios para que el impacto de la FM en la calidad de vida sea menor.

La mejoría en la esfera perceptiva nos remite a la necesidad de cambiar las distorsiones cognitivas detectadas en estos pacientes. Parece que la psicoterapia permite modificar dichas percepciones para que sean más ajustadas a la realidad.

La importancia y dificultades que los pacientes con FM tienen en las relaciones interpersonales no sólo ha sido un hallazgo de esta investigación sino que ha sido referido en múltiples estudios, Tobo (2007) habla de una conducta de aislamiento y Camino (2010) refiere que el aislamiento social podría ser una variable importante a tener en cuenta en el tratamiento de estos pacientes, dada su relación con los altos niveles de depresión. Consideramos, por lo tanto, la mejoría observada en las relaciones interpersonales como una aportación importante de este tipo de psicoterapia.

Por otra parte Lledó y colaboradores (2010) en un reciente artículo refieren que las creencias de competencia son buenos predictores de la adaptación, en concreto la competencia percibida en salud (percepción de que se es capaz de relacionarse de forma efectiva en situaciones de salud). Podemos pensar que la mejoría en las relaciones interpersonales, la disminución de la defensividad y de la actitud evitativa y oposicionista son aspectos que pueden favorecer la competencia percibida de salud a la que aludían los autores.

Por último, el aumento del registro de sentimientos ambivalentes o generadores de malestar afectivo (baja alexitimia) y la disminución de la tendencia a la negación de los afectos nos hace pensar en lo que Jiménez y colaboradores (2008) refieren respecto a la importancia de la elaboración mental para que disminuyan los síntomas psicósomáticos. Los autores señalan que los pacientes psicósomáticos muestran una tendencia a la gesticulación corporal, a manifestaciones sensoriomotrices inespecíficas y a quejas de dolor físico en momentos en que cabría suponer la aparición de manifestaciones más psicológicas. La menor preocupación por el

cuerpo que se observa en nuestros pacientes a través de los resultados del Rorschach después de la psicoterapia iría en la línea de conseguir lo propuesto por los autores.

Al evaluar la **eficacia de la psicoterapia a través de las constelaciones del test de Rorschach** se observa una mejoría con asociación estadísticamente significativa en sintomatología o malestar depresivo encontrando que un 79,2% de sujetos que tenían dicha sintomatología depresiva antes de la psicoterapia no la tienen al finalizar la misma. En esta categoría de malestar depresivo incluimos a los sujetos que tienen 4 ítems la constelación de depresión y además tienen positiva la constelación de Inhabilidad Social. Es importante resaltar que dicho malestar está relacionado, en muchos casos, con dificultades propias de las relaciones interpersonales, por lo que este tipo de psicoterapia es eficaz para mejorar la sintomatología depresiva relacionada con las dificultades sociales. Consideramos este resultado relevante dada la repercusión de la FM en las relaciones interpersonales y el sufrimiento que genera.

Podemos concluir que los resultados de la evaluación de la psicoterapia psicoanalítica, integrada en un abordaje multidisciplinar, obtenidos a través del test de Rorschach muestran que este tipo de intervención psicoterapéutica es eficaz para muchos síntomas y dificultades que son comunes y muy limitantes en sujetos afectados de FM.

Estudio de la eficacia de un tratamiento psicoterapéutico grupal comparado con grupo control de lista de espera.

Es de enorme interés observar que, al comparar los resultados del tratamiento psicoterapéutico de orientación psicoanalítica con un grupo control con tratamiento médico habitual, la mejora experimentada por el primero respecto del segundo es con significación estadística en ansiedad estado (STAI), depresión (BDI), calidad de vida total (FIQ), estado de bienestar (FIQ), realización de las actividades de la vida diaria (FIQ), depresión (FIQ), salud general (Nottingham), dolor (Nottingham) y aislamiento social (Nottingham).

Un aspecto relevante del estudio que se expone es que se realiza con muestra clínica, por lo que se evita una de las críticas habituales que según Shedler (2010) se refiere a los estudios sobre la eficacia de la psicoterapia y es que utilizan muestras altamente seleccionadas y poco representativas, por lo que sus hallazgos no pueden generalizarse a la práctica clínica diaria.

Abandono del tratamiento.

Una de las dificultades relacionadas con los tratamientos en pacientes con dolor crónico es la adherencia al tratamiento (Ablin, Neumann y Buskila, 2008), las observaciones clínicas indican que la falta de implicación y/o abandono de los pacientes de dolor crónico en los tratamientos psicológicos y su autocuidado varían considerablemente (Merayo y colaboradores 2008).

Hemos analizado el índice de abandonos de psicoterapia, observando que en la primera intervención es muy bajo pues sólo abandonan la psicoterapia el 10% de pacientes, en la segunda intervención sube hasta el 31 % y se mantiene (33%) en la psicoterapia completa. Es importante señalar que Kaplan y Sadock (1996) estiman que el 30-35% de abandonos es lo que suele observarse en tratamientos psicoterapéuticos grupales por lo que el índice de abandonos de nuestro encuadre terapéutico está dentro de los referidos por dichos autores.

Thieme et al. (2004) relacionan la ansiedad y depresión con la falta de adherencia al tratamiento. En nuestro estudio, sin embargo, no encontramos relación entre ansiedad y depresión y falta de adherencia, sino que los factores de riesgo de abandono de la psicoterapia que hemos encontrado son: el lugar de residencia para la primera intervención (abandonan más quienes viven en medio rural); estar en litigio para conseguir la incapacidad en la segunda intervención (estar en litigio se asocia con mejor adherencia al tratamiento) y para la intervención completa, nuevamente estar en litigio (estar en litigio se asocia con mejor adherencia al tratamiento) y Nottingham severo (abandonan más quienes tienen peor estado de salud).

El tema del lugar de residencia podemos explicarlo por las dificultades para el desplazamiento de quienes viven lejos del lugar donde se realiza la psicoterapia, el motivo de litigio para conseguir la incapacidad se puede explicar porque quienes han solicitado una incapacidad necesitan informes y cumplimentar los tratamientos y, por último, el motivo de severidad en estado de salud general podemos explicarlo por las dificultades físicas para acudir a psicoterapia, ingresos e intervenciones quirúrgicas o quizá porque las expectativas para estos pacientes eran de tratamientos más médicos o rehabilitadores.

Análisis de los contenidos grupales que más aparecen a través de los emergentes.

Hasta el momento nos hemos centrado en el análisis cuantitativo, tanto para el estudio de los factores psicológicos que se observan en nuestros pacientes como para la evaluación de la eficacia de la psicoterapia. Justificamos esta elección debido a que la metodología cuantitativa de investigación es la más utilizada y defendida en ciertos ámbitos científicos y no se utiliza demasiado en psicoanálisis. Pero somos conscientes de sus limitaciones una de las cuales es poder profundizar en aspectos más subjetivos. Por este motivo y, para paliar de alguna manera dicha limitación, realizamos un **análisis cualitativo de los emergentes** o contenidos que más se repiten en los grupos. Este análisis tiene limitaciones al no utilizar un diseño riguroso de investigación cualitativa pero, a pesar de dichas limitaciones, pensamos que su análisis puede ayudarnos a comprender mejor a estos pacientes.

El análisis de los emergentes grupales ofrece otra visión de los temas que más preocupan y de la mejoría psicológica que los integrantes manifiestan haber conseguido en el grupo. Temas centrales de afrontamiento, comunicación, elaboración de algunos conflictos y aceptación de limitaciones. Por cuestiones de claridad y utilidad incluimos a la vez, entrelazados, los contenidos y preocupaciones que expresan y cuestiones relativas al tratamiento, los dos objetivos de nuestra investigación.

Observamos que el tema **del diagnóstico** aparece desde el principio y de manera recurrente. Se observa el sentimiento de alivio al ser diagnosticadas de FM pues, al igual que lo reflejan otros autores (Windfield, 2001) refieren haber realizado un largo recorrido por diferentes especialistas hasta el diagnóstico. Castellanos (2008) también señala el problema de la estigmatización del diagnóstico y el largo recorrido por el sistema sanitario que realizan los pacientes antes de ser diagnosticados.

Los pacientes de nuestro estudio refieren que, en este recorrido, cada vez se sienten menos escuchadas, percepción que también encuentran Escudero y colaboradores (2010) señalando que los pacientes se sienten incomprendidos por las personas de su entorno y de los profesionales sanitarios, especialmente cuando carecen de diagnóstico, por su parte de Vicente y colaboradores (2009) señalan que el sistema sanitario tradicionalmente ha etiquetado a estos pacientes como “histéricos”, “vagos” o “mentirosos”, ante la falta de una prueba diagnóstica objetivable que explique sus dolencias y Peñacoba (2009) habla de la incertidumbre asociada hasta que son diagnosticadas, la no respuesta del sistema sanitario a su problema, la incompreensión de la familia y las etiquetas sociales de “fingidoras” por la inexistencia de causa orgánica.

Tener un diagnóstico tranquiliza en un momento inicial, pero posteriormente se dan cuenta que el diagnóstico no aclara lo que les pasa, no hay tratamientos eficaces y genera mucho rechazo en los demás. Por estos motivos el alivio se transforma en decepción, frustración y enfado. A pesar de ello diferentes autores informan que comunicar el diagnóstico en FM no tiene efectos iatrogénicos (Nielson, Merskey y Merskey, 2001; Carmona, 2006).

También es recurrente el tema de la **comorbilidad reumatológica** y que es descrita en numerosas investigaciones, hasta el punto de que algunos autores (Ablin et al., 2008) refieren que “la FM secundaria es un término utilizado en la práctica clínica para describir a pacientes con otras enfermedades y a la situación en la cual un dolor localizado como la tendinitis, hernia discal, etc causa dolor crónico que con el tiempo se extiende a todo el sistema músculo

esquelético convirtiéndose así en FM”, continúan los autores diciendo que “en esta cadena de acontecimientos parece lógico asumir que el sistema nervioso central juega un importante papel en el proceso de hacer extensivo el dolor, característico de la FM”. Algunos de los síntomas son producidos por otras enfermedades y es importante diferenciarlos y adaptar el abordaje psicológico a unos y otros.

Se trabaja permanentemente el tema de las **relaciones interpersonales**. Se detectan dificultades en las relaciones (Camino y colaboradores, 2009) y tendencia al aislamiento (Camacho, 1999; Tobo, 2007) y, en muchas ocasiones, terminan relacionándose fundamentalmente con la enfermedad o con otros enfermos. El dolor se convierte en algo muy presente en las conversaciones, como una forma de comunicarse. La consecuencia de todo esto es el deterioro en las relaciones (Escudero et al., 2010)

Respecto a **los vínculos**, se observa cómo hablar y resolver algunos conflictos en las relaciones pasadas mejora las relaciones actuales. En esta línea, Pérez y colaboradores (2008) indican que la atención a los conflictos y trastornos emocionales es un objetivo prioritario y fundamental en la asistencia al paciente fibromiálgico.

Un tema que se repite es **la relación médico-paciente**, refieren muchas experiencias en las que no se han sentido escuchadas por los profesionales sanitarios sintiéndose desatendidas y “maltratadas” cuando han sabido que tenían FM. También es un sentimiento generalizado considerar la derivación al psicólogo desde Reumatología como algo negativo y este aspecto nos recuerda a lo reflejado por Pastor y López-Roig (2010) quienes refieren que la posible resistencia inicial del paciente a ser visto y tratado por un psicólogo puede deberse, entre otros motivos, a que el psicólogo es “la última opción” después de haber pasado por un número considerable de especialistas sin resultados positivos. En la medida que va transcurriendo la psicoterapia pueden pensar en el lugar que ellas tienen en esta relación y se reconoce la importancia de la comunicación con el profesional.

La tarea central de la psicoterapia es trabajar la **FM y su relación con lo psicológico**. El dolor, desde su vertiente psicológica, va enlazándose y explicándose a través de la historia de los integrantes. **Los sentimientos** asociados a la FM que más se repiten son: rabia, irritación, incompreensión, soledad, impotencia, confusión, inseguridad, miedo, pérdida, insatisfacción, contradicción, decepción, vergüenza, envidia, preocupación, culpa y tristeza. Muchos de estos sentimientos son descritos por otros autores (Hasset, Conde, Patella y Sigal, 2000; Tobo, 2007). Una vivencia general es la incertidumbre y la falta de control percibido ante la enfermedad y, a este respecto, estudios recientes reflejan que la falta de sentido de control puede ser vista como un importante factor que contribuye a la cronificación en fibromialgia (Lledó Boyer et al., 2010)

Algunas de las **características de personalidad y funcionamiento psicológico** que se observan en los grupos (tendencia al control, responsabilidad, culpabilidad, dependencia) han sido reflejadas por otros autores (Martínez, González y Crespo, 2003; Camino y colaboradores 2009)

Respecto al **dolor** se identifican historias dolorosas y traumáticas de carencia afectiva vividas en la infancia y su influencia en la situación actual, reactualizándose ante la presencia de situaciones dolorosas actuales. Se suele tratar de diferente manera el dolor con causa orgánica del que no la tiene (Ablin et al., 2008). Además se identifican **desencadenantes** como algún tipo de intervención o enfermedad física (López Espino y Mingote Adán, 2008); el exceso del trabajo (ausencia de límites) y de tipo psicológico como muertes, separaciones y pérdidas importantes (Camino y colaboradores, 2009). Respecto a las pérdidas y la dificultad para su elaboración, encontramos situaciones que nos recuerdan lo señalado por Bleichmar (2010) cuando habla de una posible nosología psicoanalítica de tipos de duelo patológico basados en las condiciones de génesis y mantenimiento, entre los diferentes tipos, Bleichmar menciona “casos en los cuales las condiciones de sufrimiento en el presente por causas internas o externas llevan al sujeto a regresar al objeto perdido y aquellos en los que la pérdida presente evoca más directamente una pérdida del pasado porque las condiciones en que las pérdidas tuvieron lugar son similares”.

La tarea central de la psicoterapia es trabajar la relación entre el dolor físico y los aspectos psicológicos y se observa de manera repetida cómo el dolor emocional que no se puede expresar ni elaborar se expresa a través del cuerpo. Pero también el dolor crónico genera tristeza, desesperanza, síntomas psicológicos, soledad, aislamiento.

Algunas reflexiones en torno a la técnica.

La psicoterapia de grupo ha servido para integrar los aspectos psicológicos, elaborar algunos conflictos no resueltos o duelos no elaborados, expresar sentimientos. A otro nivel se observa mayor implicación y participación por parte de los pacientes en su tratamiento y mejoría, una actitud más activa en todos los ámbitos de la vida. Esta adaptación se traduce también en una mejoría evidente en las relaciones interpersonales y en la adquisición de actividades de ocio y disfrute.

Van der Hofstadt y Quiles (2001) refieren que los factores psicológicos afectan al enfrentamiento del dolor y observamos que el abordaje desde una orientación psicoanalítica repercute en la reducción de los efectos que dichos factores psicológicos tiene en el sujeto.

Algunas **alternativas para mejorar** que los componentes de los grupos aportan se refieren a la integración de lo psicológico, cambiar y no esperar a que sean los demás quienes cambien, aceptar las limitaciones sin que eso limite más y confiar en los profesionales. La Teoría de Grupo Operativo propone que la salud estaría en función de la asunción de lo que se es y de la posibilidad de cambio y de ruptura de pautas estereotipadas en la relación consigo mismo y con los otros. La curación hace referencia al cambio y a la transformación (Gómez, 1990).

Los logros que refieren coinciden con los expuestos por Camino y colaboradores (2009) quienes, a través del discurso de los componentes de los grupos observan una mejor adaptación a la enfermedad, adoptando una posición más activa, focalizando su atención no tanto al síntoma que padecen sino hacia la modificación de un estilo de vida autoexigente y

perfeccionista. Estos autores señalan que el grupo supone una ampliación de la red social extra-familiar que conlleva un importante aumento de autoestima.

A pesar del efecto “tranquilizador” que tiene para ellos observar que hay otras personas con la misma enfermedad y sentirse entendidos, es importante poder pensar en las diferencias que existen entre ellos para enriquecerse con las aportaciones de cada uno.

También expresan sentimientos ambivalentes ante la utilidad del tratamiento ya que no es fácil enfrentarse a lo psicológico. Ver el dolor desde otro punto de vista, más emocional, produce sorpresa, enfado y también alivio, porque permite pensar que uno puede cambiar ciertas conductas al entender lo que las provoca y así uno tiene una participación más activa en su salud.

Por otra parte, muchas situaciones adversas infantiles vividas por los pacientes (maltrato, carencia afectiva, exceso de trabajo) nos recuerdan a lo expresado por Peñacoba (2009) cuando refiere que “experiencias infantiles negativas como pobreza, falta de afecto, eventos traumáticos repetidos o abuso físico o sexual pueden incrementar también la susceptibilidad a la enfermedad” y Suárez (2006) cuando señala que muchos de nuestros pacientes presentan dificultades en términos de déficits más que en términos de conflicto. Es fundamental, trabajar desde una orientación psicoanalítica dichas experiencias para disminuir su efecto sobre el sujeto.

El encuadre. El encuadre diferencia tres períodos de psicoterapia con un tiempo intermedio de 6 meses aproximadamente sin tratamiento entre cada uno de ellos. Este encuadre permite que el paciente permanezca más tiempo en psicoterapia al transcurrir varios meses entre cada periodo pues se sabe que la atención en un tiempo prolongado es importante en el tratamiento del dolor crónico. Turk y Okifuji (2002) consideran que el tratamiento del dolor crónico no puede verse como un problema agudo sino que requiere de un cuidado y atención regular y un seguimiento del tratamiento. Por otro lado Vallejo (2005) propone que los recursos terapéuticos deben organizarse para apoyar ese modo de afrontar y conllevar el trastorno.

En el primer período se insistía en la relación entre lo psíquico y el dolor, a partir del segundo periodo se parte de dicha relación y se trabajan los aspectos que pueden favorecer la presencia de síntomas, es una psicoterapia más centrada en el conflicto. Los periodos intermedios también permiten pensar qué estrategias se pueden utilizar durante el tiempo sin terapia, aspecto que favorece la participación activa en su salud. Llama la atención la rapidez con la que se retoman los contenidos previos y se prosigue con su elaboración.

Desde la coordinación se insiste en la importancia de la participación activa de cada uno en su mejoría y la detección y expresión a través de la palabra de los aspectos psicológicos para que no repercutan en los síntomas físicos.

Respecto a la experiencia grupal, en casi todos los grupos se observa una cohesión grupal muy fuerte, sobre todo, a partir de la segunda intervención psicoterapéutica. Algunos integrantes han podido compartir, por primera vez, experiencias muy dolorosas. El grupo es un espacio muy bueno para ver los efectos de sus conductas y estilos de comunicación en los demás y poder cambiarlos; para sentirse menos aislados y menos diferentes; para tolerar mejor las limitaciones y adaptarse a la nueva situación. Camino y colaboradores (2009) justifican el tratamiento grupal en que permite optimizar recursos y aprovechar los factores terapéuticos e interpersonales que favorece el setting grupal, así como también evitar la dependencia asistencial que se puede dar en estos casos.

El cambio: dificultades y posibilidades. Uno de los aspectos que más cuesta en pacientes con FM es la adaptación a la nueva situación sin que ello suponga instalarse en el rol de enfermo y dejar todas las actividades anteriores. En la psicoterapia se analizan las dificultades y resistencias al cambio para poder adaptarse a la realidad actual. ¿Qué dificulta el cambio? Ideas preconcebidas, erróneas, prejuicios; los efectos que los cambios de uno provocan en los demás; la repetición; el rol de enfermo.

Evaluación cualitativa de mejoría y cambios percibida por los pacientes.-

El análisis de las respuestas de los pacientes a una encuesta de satisfacción después de cada intervención psicoterapéutica nos aporta información sobre los beneficios y aplicaciones de lo trabajado en la misma. Se discuten los resultados obtenidos en cada pregunta de dicha encuesta después de la primera intervención de 12 sesiones (psicoterapia y psicoeducación) y al finalizar la psicoterapia completa. Las encuestas de satisfacción permiten diseñar mejor los objetivos de las intervenciones psicoterapéuticas en base a lo que más les ha ayudado a los pacientes.

Respecto a la primera pregunta ***¿qué contenidos de los que se han tratado en el grupo ha puesto en práctica y qué beneficios ha obtenido con ello?*** la mayoría responden que la mejoría en las relaciones interpersonales. También quedan reflejadas las diferentes estrategias terapéuticas incluidas en la intervención (elaboración psicodinámica, psicoeducación y técnicas cognitivo conductuales para el manejo de los síntomas). Muchos pacientes mencionan la aceptación de la enfermedad como beneficio obtenido y puesto en práctica, Camino y colaboradores (2009) también refieren como beneficios de la psicoterapia de grupo en pacientes con FM una “mejor adaptación a la enfermedad, adoptando una posición más activa, focalizando su atención no tanto al síntoma que padecen sino hacia la modificación de un estilo de vida autoexigente y perfeccionista”.

Nuestra posición respecto a la adaptación coincide con la expresada por Zukerfeld y Zonis (2011), quienes inspirándose en ideas originadas por Pichon Rivière definen psicoanalíticamente la adaptación o comportamiento adaptativo como

la capacidad del aparato psíquico para tener en cuenta: a) su propia realidad interna y la existencia de una realidad ajena al propio funcionamiento mental, ya sea corporal y/o intersubjetivo. b) la posibilidad de realizar acciones para transformar en algún sentido aquellas realidades. Se puede observar entonces, como esta noción tiene que ver con la de salud mental y como, en general la idea de desadaptación es propia de modos neuróticos de

funcionamiento psíquico e implica distintos niveles de dificultad en (a) o en (b) o en (a) y (b). Adaptación significa un funcionamiento psíquico con actividad fantasmática, investiduras y desinvestaduras, conflictos, duelos y también síntomas, pero con posibilidad de transformación aloplástica. Por otra parte existe una dialéctica permanente entre adaptación-desadaptación de modo que esta última siempre está incluida en mayor o menor grado en el comportamiento adaptativo. (p. 352)

Pero el análisis de las respuestas de cada intervención por separado también aporta datos interesantes y que tienen que ver con el tipo de encuadre y estrategias utilizadas. Podemos ver que, después de la primera intervención, son las Técnicas Cognitivo Conductuales (TCC) las que aparecen en primer lugar y también se hace referencia a la psicoeducación, sin embargo, después de la psicoterapia completa los beneficios mayores son las relaciones interpersonales y la elaboración psicodinámica. Estos resultados reflejan la influencia del modelo de intervención en los beneficios de los tratamientos psicoterapéuticos.

Cuando responden que el mayor beneficio ha sido la mejoría psicológica se refieren a aumento de autoestima, tranquilidad, menor ansiedad, bienestar, mayor seguridad después de la primera intervención y menor aislamiento, mayor independencia, mejor comunicación, mayor tolerancia hacia los demás y poder realizar nuevas actividades tras la psicoterapia completa. A este respecto, Vallejo (2005) dice que “el que la vida del paciente gire en torno al dolor y produzca un notable grado de incapacitación y disminución de la actividad del paciente es uno de sus efectos más negativos”. Por su parte, Pastor y López-Roig (2010) sostienen que “la percepción de control sobre acontecimientos vitales y cotidianos es parte responsable de la propia satisfacción vital y de de la calidad de vida”. Camino y colaboradores (2009) refieren “disarmonía relacional, con pareja e hijos en pacientes con FM”.

En cuanto a los **temas tratados en los grupos en los que les gustaría profundizar**, si analizamos por separado las dos intervenciones vemos que la psicoterapia y las relaciones

interpersonales es en lo que más se quiere profundizar al acabar el tratamiento completo, a diferencia de la primera intervención en la que están más influidos por la necesidad de información. La relajación como TCC para manejo del dolor y la elaboración de conflictos como aspecto central de un abordaje psicoanalíticos son nombradas por los pacientes, aspecto que nos lleva a reflexionar en la pertinencia de la integración de ambas estrategias en la intervención psicoterapéutica.

La tercera pregunta de la encuesta de satisfacción dice que señalen otros temas no tratados en el grupo en los que les gustaría profundizar. Un porcentaje elevado de sujetos (el 40% al finalizar la psicoterapia) señalan estar satisfechos con lo trabajado en la psicoterapia. Es interesante observar que aunque en la pregunta anterior decían que querían continuar con la psicoterapia pueden valorar lo adquirido en la misma. Respecto a aspectos que no se han incluido y refieren como importantes destacan la participación de los familiares (aspecto que es necesario incluir), tratamientos médicos y otros tratamientos para el dolor, siendo esta la otra limitación del tratamiento: la rehabilitación.

En cuanto a ***los comentarios positivos***, es importante resaltar que la mitad de las respuestas hacen referencia al propio espacio grupal y sus beneficios en cuanto a la comunicación, solidaridad, escucha y apoyo, reflejándose también la importancia de darse cuenta que no son las únicas. Este es un aspecto referido en la bibliografía como terapéutico de los grupos pero, quizá en FM alcanza una relevancia especial. Un porcentaje elevado refiere satisfacción general respecto a la psicoterapia y el resto de las respuestas reflejan otros aspectos para los que les ha servido la psicoterapia, algunos más psicodinámicos como expresión de sentimientos, reflexión, escucharse a uno y a los demás y otros se refieren a la aceptación de la enfermedad / afrontamiento: vivir con la enfermedad; superar las recaídas; manejar el dolor; entender la enfermedad. Estos aspectos nos recuerdan lo expresado por Shedler (2010) cuando dice que la psicoterapia psicodinámica no solo alivia los síntomas sino que también desarrolla los recursos personales que permiten tener una vida más enriquecedora.

En cuanto a los **comentarios negativos** más de la tercera parte de los encuestados reflejan no encontrar ningún comentario negativo, ascendiendo al 43% al final de la psicoterapia. Un porcentaje similar señalan como comentarios negativos el encuadre, referido al escaso número de sesiones y abandono de los integrantes. Este aspecto nos hace pensar en la necesidad de hacer encuadres diferentes.

La pregunta sobre los **beneficios de la psicoterapia** arroja que más del 75% de las respuestas incluyen como beneficios alguno de estos tres aspectos: *la mejoría psicológica* (valorarse más a uno mismo sentirse más fuerte, ser más positivo, más optimista, seguridad, tranquilidad), *el afrontamiento de la enfermedad* (aprender a convivir con la enfermedad, convivir mejor con el dolor) y *mejoría en las relaciones interpersonales* (disminuye el aislamiento social, mejora la comunicación con los demás, integración en la sociedad, valoración del espacio grupal).

En cuanto a las sugerencias se pueden resumir en: mayor duración de la psicoterapia; participación de los familiares; presencia del reumatólogo y rehabilitación, aspectos que son reflejados en la literatura científica como necesarios en el tratamiento de la fibromialgia. Keefe, Rumble, Scipio, Giordano y Perri (2004) refieren que en la actualidad se están incluyendo tratamientos o espacios de apoyo a los familiares y son muy útiles.

Por último cuando se les pregunta por **la valoración de la psicoterapia** y se dan cinco alternativas: muy buena, buena, regular, mala y muy mala, después de la primera intervención el 96% de los pacientes valora la intervención psicológica como buena o muy buena y al finalizar la psicoterapia el 91% de los pacientes valora la intervención psicológica como buena o muy buena. Llama la atención las diferencias encontradas en las respuestas obtenidas a través de la encuesta en cuanto a la percepción subjetiva de la psicoterapia (90% de respuestas buena o muy buena) comparándolo con la mejoría con relevancia clínica del FIQ (40%). A este respecto, Zelman et al. (2004) observaron que los pacientes expresan una elevada satisfacción con programas de tratamiento que suponen solamente un grado de reducción de dolor relativamente modesto.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

7.1.- Conclusiones del primer trabajo

Respecto de la hipótesis general de este primer trabajo: que las variables psicológicas y psicosociales influyen en el desencadenamiento de la fibromialgia, intensidad de los síntomas e impacto en la calidad de vida y estado de salud general.

Formulo las siguientes conclusiones

1.- Los pacientes con fibromialgia tienen más problemas psicosociales y ambientales en infancia y edad adulta (maltrato, enfermedades, fallecimientos de miembros del grupo primario), más síntomas depresivos y de ansiedad y más dificultades en las relaciones interpersonales que controles sanos.

2.- Los pacientes con fibromialgia tienen más rasgos de personalidad psicossomática en términos de: menos capacidad de mentalización; referidos a las relaciones interpersonales (más pasividad en el afrontamiento de los problemas y en las relaciones interpersonales, dificultad para establecer vínculos positivos y conductas dependientes y regresiones pasivas); más registro de ansiedades difusas que generan sentimientos de indefensión y desvalimiento; déficit en la capacidad de expresión de los estados de necesidad y de introspección y aumento de representaciones corporales con una carga emocional disruptiva que controles sanos.

3.- A mayor edad y mayor tiempo con dolor menor ansiedad, depresión, mejor calidad de vida y mejor estado de salud en el momento de la evaluación. Aunque hemos de tener en cuenta que el porcentaje de variabilidad que la edad y el tiempo con dolor tiene sobre las variables estudiadas es pequeño.

4.- El nivel educativo no influye en los síntomas depresivos, ni en la ansiedad y calidad de vida. Sin embargo, los pacientes que tienen mayor nivel educativo tienen mejor estado de salud general que aquellos que tienen menor nivel educativo.

4.- Estar activo laboralmente se asocia con tener menos psicopatología (ansiedad y depresión) y mejor calidad de vida y estar en litigio para conseguir incapacidad laboral se asocia con mayor ansiedad, depresión y peor calidad de vida en el momento actual.

5.- La presencia de otras enfermedades reumatológicas además de FM no se asocia con mayor ansiedad, depresión ni con tener peor calidad de vida y estado de salud general.

6.- Haber sufrido maltrato en la infancia y haber tenido Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) en el año anterior a la aparición del dolor se asocia con tener más ansiedad y depresión, valoradas a través de cuestionarios autoaplicados. Sin embargo, haber tenido AVE en infancia se asocia con menor depresión, valorada a través del test de Rorschach y haber tenido AVE en la edad adulta con menor Inhabilidad Social.

7.- Haber sufrido maltrato en la infancia y haber tenido AVE en el año previo a la sintomatología dolorosa son las variables que tienen mayor peso o influencia en tener peor calidad de vida y peor estado de salud en la actualidad. Incluso cuando agrupamos estas dos variables la asociación sigue siendo muy importante.

8.- La presencia de niveles patológicos de ansiedad, valorada a través del STAI, predice tener más síntomas depresivos, a través del BDI.

9.- Las variables que predicen tener mayores niveles de ansiedad en el momento actual son: haber sufrido maltrato en la infancia para ansiedad estado y tener depresión (BDI) para la ansiedad estado y rasgo.

10.- Haber sufrido AVE en infancia y maltrato en la infancia + Acontecimientos Vitales Estresantes en el año anterior a la aparición del dolor son las variables que predicen tener menos depresión según el test de Rorschach. Haber sufrido varios AVE en varios momentos de la vida predice tener menos Inhabilidad Social según el test de Rorschach.

11.- Estar en litigio para conseguir una incapacidad laboral es la variable que más influye en tener peor calidad de vida.

12.- Tener depresión (BDI) es la variable que más influye en tener peor estado de salud en la actualidad.

7.2.-Conclusiones del Segundo trabajo

Respecto al objetivo de este segundo trabajo trabajo: comprobar la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica breve de grupo.

Formulo las siguientes conclusiones:

1.- Se detecta una mejoría con asociación estadísticamente significativa en ansiedad, depresión, calidad de vida y estado de salud valorada a través de cuestionarios autoaplicados al finalizar la psicoterapia grupal operativa de orientación psicoanalítica.

2.- Encontramos que un porcentaje de sujetos que tenían depresión (16%), ansiedad rasgo patológica (20%), ansiedad estado patológica (14%), un impacto muy severo en la calidad de vida (14%) y un impacto muy severo en el estado de salud (5%) no lo tienen después de la psicoterapia.

3.- Encontramos que el 30% de los sujetos con depresión, el 37% en ansiedad rasgo, el 29% de sujetos en estado de salud mejoran con relevancia clínica al finalizar la psicoterapia.

4.- Encontramos que el 38,2% de los sujetos que terminan la psicoterapia mejora con relevancia clínica en calidad de vida (FIQ). Las variables que predicen de forma independiente una respuesta clínicamente significativa son comorbilidad reumatológica en las dos primeras intervenciones psicoterapéuticas y mayor nivel educativo al final del todo el tratamiento

5.- Encontramos que las personas que mejoran con relevancia clínica en calidad de vida (FIQ) han trabajado conflictos psicodinámicos (conflictos infantiles) en la psicoterapia grupal, frente a las personas que se han centrado en la adaptación a la enfermedad. Esta diferencia tiene una asociación estadísticamente significativa.

6.- Encontramos mejoría con asociación estadísticamente significativa después de la psicoterapia grupal en algunas variables evaluadas a través del Rorschach y que se refieren a una mejoría en la esfera perceptiva (aumenta la precisión perceptiva; aumenta el ajuste perceptivo; disminuyen las distorsiones perceptivas; disminuyen los sesgos perceptivos y disminuyen las respuestas individualizadas o muy diferentes a las habituales). Mejoría en las relaciones interpersonales (aumenta la capacidad para establecer vínculos positivos o cooperativos; aumenta la capacidad para establecer vínculos interpersonales y disminuye la defensividad o el temor a ser puestos a prueba o un tipo de defensividad más infantil o menos elaborada). Disminuye la actitud evitativa y opositora. Aumenta el registro de sentimientos ambivalentes o generadores de malestar afectivo (baja alexitimia). Menor tendencia a la negación de los afectos. Menor defensividad. Menor tendencia al descontrol. Menor preocupación por el cuerpo. Mejoría en sintomatología o malestar depresivo.

7.- Al comparar la mejoría experimentada por pacientes con FM que siguen tratamiento médico habitual con otro grupo de pacientes que, además, realizan tratamiento psicológico en el que se incluye psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica se encuentra una mejoría con asociación estadísticamente significativa en depresión, ansiedad, calidad de vida y estado de salud general del grupo que realiza psicoterapia en comparación con el grupo que no la realiza. Dicha mejoría también se encuentra en las dimensiones del FIQ que valoran la frecuencia de las actividades de la vida diaria, percepción de bienestar y depresión. Respecto a las dimensiones valoradas por el Nottingham la mejoría con diferencia estadísticamente significativa también se refiere a la percepción del dolor, aislamiento social y reacciones emocionales.

8.- El porcentaje de abandonos de la psicoterapia (10% primera intervención; 31% segunda intervención; 32,8% psicoterapia completa) se encuentra entre los referidos por otras investigaciones. Los factores de riesgo de abandono son vivir en medio rural en la primera intervención de 12 sesiones, no estar en litigio y peor estado de salud para la psicoterapia completa

9.- Tras la primera intervención el 96% de los pacientes valora la intervención psicológica como buena o muy buena y al finalizar la psicoterapia completa el 91% de los pacientes valora la intervención psicológica como buena o muy buena

Podemos concluir que

Las variables psicosociales referidas a Acontecimientos Vitales Estresantes, depresión, ansiedad, dificultades en las relaciones interpersonales y características psicosomáticas de personalidad influyen en pacientes con fibromialgia y en la calidad de vida

La psicoterapia grupal operativa de orientación psicoanalítica es efectiva en la mejoría de depresión, ansiedad, rasgos psicosomáticos, calidad de vida, estado de salud general y relaciones interpersonales en pacientes con FM.

En cuanto a los límites de nuestra investigación resaltaremos que un límite de nuestra investigación es no haber realizado seguimiento de los pacientes. Además se ha perdido un porcentaje de sujetos a lo largo del proceso, debido a abandonos del tratamiento o cuestionarios no cumplimentados correctamente. Por otra parte, el número de sujetos captados para el grupo control no ha sido muy numeroso por lo que hemos tenido que reducir el número de sujetos que ha realizado psicoterapia para poder compararlos y, a pesar de haber seguido como criterio de selección el que ambos grupos fueran homogéneos en cuanto a variables sociodemográficas, este aspecto ha podido introducir algún sesgo. También hemos de tener en cuenta que la investigadora principal es la psicoterapeuta de los pacientes evaluados,

pudiendo influir esta circunstancia en los resultados. La gravedad de los pacientes, la comorbilidad con enfermedades físicas, el porcentaje tan alto de sujetos que estaban pendientes de conseguir una incapacidad así como el hecho de que los pacientes recibían al mismo tiempo tratamiento en la consulta de psiquiatría y reumatología también son aspectos que, a pesar de haber sido tenidos en cuenta en el análisis de los datos, han podido influir en los mismos. Por último, quiero insistir en que las conclusiones expuestas no se pueden extrapolar a otras personas con enfermedades psicosomáticas y deben ser contempladas como una evaluación más.

Querría cerrar este apartado con una cita de Luborsky (1998, citado en Poch y Ávila, 1998) como expresión de la importancia de la investigación en nuestra práctica clínica

Hay sitio tanto para la sabiduría de los terapeutas expertos como para la sabiduría que deriva de los cuidadosos análisis y avances de la investigación en psicoterapia. No se trata de escoger una u otra, sino de utilizar ambas, la sabiduría clínica que deriva de la experiencia y la sabiduría clínica que ha sido puesta a prueba. (p. 9)

CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aarón, L. A. y Alancor, G. S. (1997). Perceived physical and emotional trauma and precipitating events in fibromyalgia., *Arthritis & Rheumatism*, 40, 453-60.
- Ablin, J., Neumann, L. y Buskila, D. (2008). Pathogenesis of fibromyalgia. *A Review Joint Bone Spine*, 75, 273-279.
- Alda, M., García Campayo, J., Pascual, A. y Olmedo, M. (2003). Aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Monografías de Psiquiatría*, 4, 32-40.
- Alegre de Miquel, C., García Campayo, J., Tomás Florez, M., Gómez Arguelles, J.M., Blanco Tarrio, E., Gobbo Montoya, M., Pérez Martín, A., Martínez Salio, A., Vidal Fuentes, J., Altarriba Alberch, E. y Gómez de la Cámara, A. (2010). Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38 (2), 2.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antón, J. M. (1994). The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Quality Life Research*; 3(6), 385-393.
- Amaro, T., Martín, M. J., Antón Soler, P. y Granados, J. (2006). Fibromialgia: Estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico. *Sociedad Medicina. Psicosomática*, 79/80.
- American Psychiatric Association. (A.P.A.) (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado. (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- American College of Rheumatology. (2010). Report of the American College of Rheumatology Pain Management Task Force. *Arthritis Care & Research*, 5, 600-610.
- Anónimo. (1992). Fibromyalgia: the Copenhagen declaration. *Lancet*, 340, 663-664.
- Ávila Espada, A., Poch i Bullich, A. (1994). *Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo Veintiuno de España.
- Ávila, A., Bastos, A. y Castelo, J. (2002). Reflexiones sobre la potencialidad transformadora de un psicoanálisis relacional. *Intersubjetivo*, 4, 155-192
- Ávila Espada, A., Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutierrez, L. A. (2004). *Introducción a los tratamientos psicodinámicos*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a distancia.
- Ávila Espada, A. (2011). Dolor y sufrimiento psíquicos. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1): 129-145. [ISSN 1988-2939]

- Balbás, A. y Gobbo, M. (2006). Tratamiento psicológico de la fibromialgia. *Algia*, 10, 153-176
- Bachs, M. F. (1988). *Psychotherapy. The Science behind the Art*. Nueva York: Basic Books.
- Barracal Mairal, J. (2005). El desarrollo de los tratamientos eficaces y la competencia profesional en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 16, 31-44.
- Barrera Villalpando, M. I., Cortés Sotres, J. F., Guerrero Manning, H. y Aguirre González, A. (2005). La fibromialgia: ¿Un síndrome somático-funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cuali-cuantitativo. *Salud Mental*, 28, 41-50
- Bauleo, A. *Problemática de grupo operativo*. Documento de trabajo. Cátedra Dinámica grupal.
- Bauleo, A., Duro, J. C. y Vignale, R. (1990). La Concepción Operativa de grupo. Jornadas de psicoterapia en instituciones públicas. Colegio Oficial de psicólogos. *Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN)*
- Bauleo, A., Monserrat, A. y Suárez, F. (2005). *Psicoanálisis operativo. A propósito de la grupalidad*. Buenos Aires: Atuel.
- Beck, A.; Rush, A. Shaw, B. y Emery, G. (1979): Inventario de depresión de Beck.
- Bennett, R. (1996). Fibromyalgia and the disability dilemma. *Arthritis & Rheumatism*, 39, 1627-34.
- Bennett, R. M. (2002). Tratamiento racional de la fibromyalgia. *Reumatic disease clinics of North America*. (Edición Española), 2, 157-172
- Bennett, R. (2004). Fibromyalgia: Present to Future. *Current Pain and Headache Reports*, 8, 379-384.
- Bennet, R.M., Bushmakina, A.G., Cappelleri, J.C., Zlateva, G., Sadosky, A.B. (2009). Minimally clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire. *Journal of Rheumatology*, 36(6), 1304-11
- Bleichmar, H. (2010). Rethinking pathological mourning: multiple types and therapeutic approaches. *The Psychoanalytic Quarterly*. Volúmen LXXXIX, 1: 71-93. Traducido por Marta González Baz y publicado con autorización de la revista en *Aperturas psicoanalíticas*, 35.
- Bosi Ferraz, M., Quaresma, M.R., Aquino, L.R., Atrá, E., Tugwell, P. & Goldsmith, C.H. (1990). Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 17, 1022-4.

- Boissevain, M.D. & McCain, G.A. (1991). Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome, I: medical and pathophysiological aspects. *Pain*, 44, 227-238.
- Braier, E. A. (1984). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bronson, K.L., Avishai-Eliner, S., Hatalaski, C.G. y Baram, T.Z.(2001). Neurobiology of the stress response early in life: evolution of a concept and the role of corticotropin releasing hormone. *Molecular Psychiatry*, 6, 647-56.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R., Bennett, R.M. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and Validation. *Journal of Rheumatology*, 18, 728-733
- Camacho, C.F. (1999). Estudio descriptivo de las manifestaciones del estrés en la fibromialgia. *Revista colombiana de reumatología*, 6, (3) 20-25
- Camino Sánchez, M. (2010). *Variables psicológicas en la fibromialgia*. Trabajo de investigación para la obtención de la Suficiencia Investigadora. Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Medicina Legal e Historia de la Ciencia, Universidad de Salamanca, Salamanca, España.
- Camino Vallhonrat, A., Jiménez Rico, B., de Castro-Palomino i Serra, M.F. (2009). Ira, fibromialgia y ansiedad: aproximación terapéutica desde un CSM. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XXIX, fascículo 1, n.º 103, 203-215.
- Carmona, L., Ballina, F.J., Gabriel, R. y Laffon, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a nation-wide study. *Ann Rheum Dis*, 60, 1040-1045.
- Carmona, L. (2006). Revisión sistemática: ¿el diagnóstico en sí de fibromialgia tiene algún efecto deletéreo sobre el pronóstico? *Reumatología clínica*, 2, 52-7.
- Casanueva, B., Rodríguez, E., y Martínez, M. A. (2005). *Eficacia de un programa de terapia multidisciplinar en pacientes con FM* . Comunicación presentada en las V Jornadas de Actualización en FM , España, Santander.
- Casanueva, B. (2007). *Tratado de Fibromialgia*. Cantabria.

- Castellanos de Marcos, S. (2008). *Psicoanálisis aplicado a la terapéutica: Una experiencia de investigación y tratamiento de la fibromialgia*. Memoria de Investigación para el D.E.A. Instituto del Campo Freudiano. Sección clínica de Barcelona, Barcelona, España.
- Clare Philips, H. (1991). *El Tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Clayton, A.H. y West S.G. (2006): Combination therapy in fibromyalgia. *Curr Pharm Des.* 12 (1):11-16
- Cohen H, Neuman L, Haiman Y, Matar MA, Press J y Buskila D. (2002). Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patient: overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome?. *Semin Arthritis Rheum.* 32 (1), 1-2.
- Collado, A. y Conesa, A. (2009) Tratamiento farmacológico de la fibromialgia: hacia la neuromodulación química. *Reumatología Clínica*, 5(2), 27-31.
- Comeche, M.I., Martín, A., Rodríguez, M.F., Ortega J., Díaz M.I. y Vallejo, M.A. (2010). Tratamiento Cognitivo-Conductual, Protocolizado y en Grupo de la Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 2, (21), 107-121.
- D'Alvia, R. (2002). *Psicoanálisis. Psicósomática. Ida y Vuelta*. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Davanloo, H. (1992). *Psicoterapia breve*. Madrid: Dor.
- Davis, M.C., Zautra, A. y Reich, J.W. (2001) Vulnerability to Stress Among Women in Chronic Pain From Fibromyalgia and Osteoarthritis. *Ann Behav Med*, 23(3), 215-226.
- De Felipe, V. y Castel, B. (2009). Fibromialgia. Un enfoque psicósomático. *Saludmujer*, 2,12-17.
- De Gracia, M., Marcó, M., Ruiz, J. y Garabieta, F. (2001). Evaluación de los aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(116), 959-980.
- De Vicente, A., Magán, I. y Berdullas, S. (2009). Fibromialgia y dolor crónico: abriéndose paso en el SNS. *INFOCOP* nº 43.
- Diener, M. J., Hilsenroth M. J y Weinberger J. (2007) Therapist Affect Focus and Patient Outcomes in Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*, 164, 936 – 941.

- Documento de Consenso “*Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*” (2006). Catálogo general de publicaciones oficiales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales <http://publicaciones.administracion.es>.
- Documento de la Sociedad Española de Reumatología sobre tratamiento de la Fibromialgia. (2005) Rev. Los Reumatismos. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Reumatología.
- Dunkl, P. R., Taylor, A. G., McConnell, G. G. (2000). Responsiveness of Fibromyalgia Clinical Trial Outcome Measures. *Journal of Rheumatology*, 27, 2683-2691.
- Eich, W., Hartmann, M., Müller, A. y Fischer, H. (2000). The role of psychosocial factors in fibromyalgia syndrome. *Scand Journal Rheumatology*, 29, Suppl 113:30-1.
- Epstein, S. A., Kay, G., Claw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L, Kuck, J., Leslie, V., Masur, D., Waiad, R. y Zisook, S.(1999). Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics*, 40 (1), 57- 63.
- Escudero Carretero, M.J., García Toyos, N., Prieto Rodríguez, M.A., Pérez Corral, O., March Cerdá, J.C. y López Doblas, M. (2010). Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatología clínica*, 6, 16-22.
- Esteve Zaragoza, R., Ramírez Maestre, C. (2003). *El desafío del dolor crónico*. Málaga: Aljibe.
- Esteve, J y Batlle Gualda, E. (2006). Evaluación de pacientes con fibromialgia. Estudio comparativo de 4 versiones españolas del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Reumatología Clínica*, 2 (6), 283-8.
- Esteve Vivesa, J., Rivera Redondo, J., Salvat Salvat, M.I., de Gracia Blanco, M. y Alegre de Miquele, C. (2007). Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatología Clínica*, 3(1), 21-4
- Estudio EPISER. (2001). Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Sociedad Española de Reumatología. Madrid.
- Exner, J. E., y Sendín, C. (1995). *Manual de interpretación del Rorschach para el sistema comprensivo*. Madrid: Psimática.

- Exner, J. E., Sendín C. (1998). *Manual de interpretación del Rorschach, para el Sistema Comprehensivo* (2ª edición). Madrid: Psimática
- Exner, J. E., (2003). *Manual de codificación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. (Quinta edición revisada). Madrid: Psimática.
- Fernández Gil, J. A. y Fernández Lobillo, E. (2009). La manera de hablar del cuerpo en grupo. Dossier: El grupo desde el Narcisismo al Objeto. *Clínica y Análisis Grupal*. 31 (2), 85-96.
- Fonagy, P., Rott, A y Higgit, A. (2005). "Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom" fue publicado originalmente en *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69, 1. Traducido por González Baz, M y publicado en *Aperturas psicoanalíticas revista internacional de psicoanálisis*, 27 con autorización de la revista.
- Freud, S. (1895). *Proyecto de Psicología*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919a) *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu
- García Campayo, J. y Rodero, B. (2009). Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Reumatología Clínica*, 5(2), 9-11
- García-Fructuoso, F.J., Lao-Villadóniga, J.I., Beyer, K. y Santos, C. (2006). Relación entre genotipos del gen catecol O-metiltransferasa y la gravedad de la fibromialgia. *Reumatología clínica*, 2, 168-72.
- Gardner, G. (2000). Fibromyalgia Following Trauma: Psychology or Biology?. *Current Review of Pain*, 4, 295-300.
- Gear, M. C. y Liendo, E. C. (1984). *Psicoterapia estructural de la pareja y del grupo familiar*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W. y Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*, 2-16.
- Goldberg, R.T., Pachas, W. N. y Keith, D. (1999). Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disabil Rehabil.*, 21 (1), 23-30
- Goldenberg, D. (1989). Psychiatric and psychological aspect of fibromyalgia syndrome. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 15, 105-114.
- Goldenberg, D. L., Mossey, C. J., y Schmith, S. (1995). A Model to Assess Severity and Impact of Fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 22(12), 2313-2317.

- Goldenberg, D. L. (1999). Fibromyalgia syndrome a decade later: what have we learned? *Arch Intern Med.* 159, 777-85.
- Gómez Esteban, R. (1990). Algunos aspectos y conceptos de clínica grupal. La Concepción Operativa de grupo. Jornadas de psicoterapia en instituciones públicas. Colegio Oficial de psicólogos. *Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN)*, 79-105
- Gómez Esteban, R. (2008). Concepción Operativa de Grupo y Psicoterapia Grupal Psicoanalítica Operativa. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, Número especial homenaje al profesor Armando Bauleo.*
- Guimon J. (2003). *Manual de terapias de grupo. Tipos, Modelos y Programas.* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Gutiérrez, G. (1999). Una forma de entender la integración. *Aperturas psicoanalíticas*, 3.
- Hasset, A. L., Conde, J. D. Patella, S. J., Sigal, L. H. (2000). The roles of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 43 (11), 2493-2500.
- Hedin, P. J., Hamne, M., Burckhardt, C. S. y Engström-Laurent A. (1995) The Fibromyalgia Impact Questionnaire, a Swedish translation of a new tool for evaluation of the fibromyalgia patient. *Scand J Rheumatol.* 24, 69-75.
- International Association for the Study of Pain (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.
- Jiménez García, J. M., Díaz González, T. y Valladares Rodríguez, P. (2008). Mis Dolores: Reflexiones en torno a la fibromialgia. DOSSIER: El cuerpo: origen y término del psiquismo. *Clínica y Análisis Grupal Nº 101.* Vol.30 (2), 121-136.
- Kaplan, H, Sadock, B. J. (1996). *Terapia de Grupo.* Madrid: Panamericana.
- Keel, P. (1998). Psychological and psychiatric aspects of fibromyalgia síndrome (FMS). *Switzerland. Z Rheumatol.*, 57 (2), 97-100.
- Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A. y Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*, 5, 195-211.
- Lépine, J. P. y Briley, M. (2004). The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 19, 3-7.

- Lera Miguel, S. (2000). *Características y respuesta al tratamiento multidisciplinar en pacientes afectas de fibromialgia*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Departamento de Psiquiatría y Psicología clínica, Universitat de Barcelona, Barcelona, España.
- López Espino, M. y Mingote Adán, J. C. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19 (3), 343-358.
- López Peñalver, J. L. (1993). Vacío, dolor mental y creatividad. *El vacío mental. III Anuario Ibérico de psicoanálisis. Publicado por la Sociedad Española de Psicoanálisis; Asociación Psicoanalítica de Madrid y Sociedad portuguesa de psicoanálisis*.
- Luban – Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F., y Laederach-Hofmann, K. (1997). *El enfermo psicossomático en la práctica*. Barcelona: Herder.
- Lyons – Ruth, K. (2000). El inconsciente bipersonal: el diálogo intersubjetivo, la representación relacional actuada y la emergencia de nuevas formas de organización relacional. *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 4.
- Lledó-Boyer, A., Pastor-Mita, M. A., Pons-Calatayud, N., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J. y Bruehl, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: exploring relationships to explain fibromialgia health outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 459-476.
- Malan D. H. (1983). *Psicoterapia Breve*. Buenos Aires: Paidós (Original de 1963: *A study of Brief Psychotherapy*. Londres: Tavistock Publications limited)
- Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Martín, M. J., Luque, M., Solé P., Mengual, A. y Granados, J. (2000). Aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27(1), 12-18.
- Martín, A. C. (2008). El test de Rorschach y los trastornos psicossomáticos. *SERYMP*. 21, 79-87.
- Martínez, J. E. (2004). The question of quality of life in fibromyalgia patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 501-502.
- Martínez, E., González, O. y Crespo, J. M. (2003). Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Global*, 4, 1-8.
- Marty, P. (1984). *Los movimientos individuales de vida y de muerte*. Barcelona: Toray.

- McGrath, R.E. (2008). The Rorschach in the Context of Performance-Based. *Personality Assessment of Personality Assessment*, 90 (5), 465-475.
- Mendiola, R. (2005). Reseña de “Teoría del apego y psicoanálisis. Peter Fonagy”. (2004). *Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis*, 20.
- Merayo, L.A., Cano, F.J., Rodriguez, L., Ariza, R. y Navarro, F. (2007). Un acercamiento bibliométrico a la investigación en fibromialgia. *Reumatología clínica*, 3(2), 55-62.
- Merayo Alonso, L.A., Cano García, F.J. y Rofríguez Franco, L. (2008). Motivación para el cambio como predictor de la adherencia terapéutica en el dolor crónico. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 331-339.
- Meyer-Lindenberg, A., Gallhofer, B. (1998). Somatized depresión as a subgroup of fibromyalgia síndrome. *Z Rheumatol.*, 57 (2), 92-93.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, (2004). Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. *Fibromialgia*.
- Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Biblioteca de Psicología. Desclée De Brouwer.
- Moix, J. (2006) *Cara a cara con tu dolor. Técnicas y estrategias para reducir el dolor crónico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Monserrat, A. (2008). La complejidad en la investigación clínica grupal. Reflexiones desde algunos aportes teóricos clínicos de Armando Bauleo. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, Nº especial homenaje al profesor Armando Bauleo*.
- Monterde, I. Salvat, S. Montull y J. Fernández- Ballart, S. (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología*, 31 (9), 507-513.
- Muro Castañaga, J. (2007). Algunas reflexiones en torno a la fibromialgia. *Revista de Psicoanálisis*, 52, 105-12.
- Nampiarapampil, D. E. y Shmerling, R. H. (2004). A review of Fibromyalgia. *American Journal Management Care*, 10, 794-800.
- Nasio, J. D. (1999). *El libro del dolor y del amor*. Barcelona: Gedisa.
- Nicasio, P. M. (2001). Perspectives on Stress in Fibromyalgia. *Annals of Behavioral Medicine*.

- Nielson, W. D., Merskey, C. P. y Merskey, H. (2001). Psychosocial Aspects of Fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 5, 330-337.
- Offenbaecher, M., Waltz, M. Schoeps, P. (2000) Validation of a German version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-G). *Journal of Rheumatology*, 27, 1984-8
- Okifuji A., Turk, D.C. (2002). Stress and Psychophysiological Dysregulation in Patients with Fibromyalgia Syndrome. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27, 129-41.
- Ortiz, M. (2003). Fibromialgia: las delicadas fibras del alma. *Agenda Salud*, 31, 1-8.
- Pampliega de Quiroga, A. (1977). El concepto de grupo y los principios organizadores de la estructura grupal en el pensamiento de E. Pichon Rivière. *Temas de psicología social*, n  1.
- Pastor Mira, M .A. (2006). *Fibromialgia, punto de encuentro*. Asociación Vasca de Divulgación de Fibromialgia. Coordinador Andoni Penacho.
- Pastor, M.A. y López-Roig, S. (2010). Habilidades terapéuticas para la evaluación y el tratamiento psicológico de la fibromialgia. *Infocop online*.12-05-2010
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Editorial Martinez Roca. Colección Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud.
- Peñacoba, C. (2009). Intervención psicológica en personas con Fibromialgia. *Infocop*, 43, 14-20.
- Pérez, P., Ortiz, P., de Felipe, J., Siguerro, E. y García, S. (2008). Fibromialgia: fracaso adaptativo y duelo patológico. Estudio con técnicas proyectivas gráficas (T.P.G.). *SERYMP*, 21, 39-53.
- Pérez  lvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodriguez, C. y Amigo Vázquez, I. (2003). El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. *Guía de Tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Pareja, J., Borr s, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F. y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16, 415-420.
- Pichon-Rivière, E. (1975). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social I*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1980). *La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social II*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1980) *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

- Poch, J. y Ávila, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Poiro-Boisset, M. H., Esdaile, J. M. y Fitzcharles, M. A. (1995). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* 38, 235-241
- Porcelli, P. (2004). *Psychosomatic Medicine and the Rorschach test*. Madrid: Editorial Psimática.
- Porcelli, P. y Mihura, J. H. (2010). Assessment of Alexithymia With the Rorschach Comprehensive System: The Rorschach Alexithymia Scale (RAS). *Journal of Personality Assessment*, 92 (2), 128-136.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina F. J., Carbonel J., Carmona L., Castel B., et al. (2006). Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2, 55-66.
- Rivera, J., Alegre, C., Nishishinya, M. B. y Pereda, C. A. (2006). Evidencias terapéuticas en fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2 (1), 34-37.
- Rojas, P. (2009). Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. Una lectura psicoanalítica. Extensión Universitaria, *Revista de Psicoanálisis*, 102, 3. Extraído el 27 de junio de 2011 de <http://www.extensionuniversitaria.com>.
- Roy, M., Piché, M., Chen, J. I., Peretz, I. y Rainville, P. (2009). Cerebral and spinal modulation of pain by emotions. *PNAS*, 106, 20900-20905.
- Ruiz Fabeiro, S., Martínez Pardo, F y Jerí Gutierrez, C. G. (2004). Fibromialgia ¿enfermedad, síndrome o conflicto?. *Psiquiatría de Enlace. Reumatología*, 4, 51-96.
- Sandi, C. (2004). Stress, cognitive impairment and cell adhesion molecules. *Nature Reviews Neuroscience*, 5, 4-14
- Sayar, K., Gulec, H. y Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clin Rheumatol*, 23 (5), 441-448.
- Schofferman, J. (2006). Restoration of function. The missing link in pain medicine?. *Pain Med.* 7 (1), 159-165.
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.

- Simón, M. A. (1999). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. Psicología Universidad
- Soriano J. y Monsalve V. (2002). CAD: Cuestionario de afrontamiento del dolor crónico. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 9, 13-22.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L. y Lushene. R. E. (1982). Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.
- Stolorow, R. y Atwood, G. (2004). *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Editorial Herder.
- Suárez, V. (2006). Encuadres terapéuticos grupales en la Asistencia pública. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. Número especial. Congreso Internacional actualidad de Grupo Operativo.[ISSN 1886-6530]
- Suárez Blázquez, V. (2010). La tarea. Una revisión de su evolución como concepto. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 14. [ISSN 1886-6530]
- Thieme, K., Turk, D.C. y Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychological variables. *Psychosomatic Medicine*. 66 (6), 837-44.
- Tobo Medina, N. (2007). *Factores emocionales, cognitivos y conductuales en la vivencia de la fibromialgia*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Turk, D.C y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Pain*, 70, 678-690.
- Ubago Linares, M.C., Ruiz Pérez, I., Bermejo Pérez, M.J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 683-95.
- Valdés, M. (2000). *Psicobiología de los síntomas psicósomáticos*. Barcelona: Editorial Masson.
- Valverde, C. (2010). Los cuerpos del delito: injusticias y oportunidades en los Síndromes de Sensibilidad Central. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, 112, 141-153.

- Vallejo Pareja, M. A. y Comeche Moreno, M. I. (1994). Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Editorial. Universidad nacional de Educación a Distancia (UNED) y Fundación Universidad-Empresa. Colección Terapia de Conducta y Salud. Madrid
- Vallejo, M.A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58.
- Van der Hart, M. G., Czéh, B. G., de Biurrun, T. y Michaelis, C. (2002). Substance P receptor antagonist and clomipramine prevent stress-induced alterations in cerebral metabolites, cytogenesis in the dentate gyrus and hippocampal. *Molecular Psychiatry*, 7, 933-41.
- Van der Hofstadt, C. J. y Quiles, M. J. (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Revista Sociedad Española del Dolor* 8,503-510
- Van Houdenhove, B., Neerinx, E., Onghena, P., Lysens, R., y Vertommen H. (2002). Daily hassles reported by chronic fatigue syndrome and fibromyalgia patients in tertiary care: A controlled qualitative and quantitative study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 207-213.
- Van Houdenhove, B. y Egle, U. T. (2004). Fibromyalgia: a stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(5), 267-275.
- Vico, D. e Irazábal, E. (1998). Aprender en grupo operativo (ensayo primero). *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 6, 22-30.
- Vignale, R., del Castillo, M., Duro, J. C., Ibáñez, M. L., López, L. y Rico, P. (1990) Los grupos en salud mental comunitaria en La Concepción Operativa de grupo. *Asociación Madrileña de Salud mental (AEN). Jornadas de psicoterapia en instituciones públicas*.
- Vilá González, M. (2006). *El dolor y su cronicidad en la teoría Freudiana*. Conferencia presentada en el Magno Coloquio: El psicoanálisis: una experiencia por venir. A los 150 años del legado de Sigmund Freud. Puerto Rico.
- Weissbecker, I., Floyd, A. y Dedert, E. (2006): Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia síndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 31(3), 312-324.
- Wilson, K. G., Mikail, S. F y D'Eon J.L. (2001): Alternative diagnostic criteria for major depressive disorder in patients with chronic pain. *Pain*, 91, 227-234.

- Winfield, J. B. (2000). Psychological determinants of fibromyalgia and related syndromes. *Curr Rev Pain*, 4, 276-86.
- Winfield, J. B. (2001). Does Pain Fibromyalgia Reflect Somatization?. *Arthritis & Rheumatism*, 44(4), 751-753.
- Winnicott, D. (1982). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.
- Wolfe, F., Hawley, D. J., Wilson, K. (1996). The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *Journal of Rheumatology*, 2, 1407.
- Wolfe, F. y Michaud, K. (2004). Severe Rheumatoid Arthritis (RA), worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage characterize RA patients with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 31 (4), 695-700
- Zelman, D.C., Smith, M.Y., Hoffman, D., Edwards, L., Reed, P., Levine, E., Siefeldin, R. y Dukes, E. (2004). Acceptable, manageable and tolerable days: Patient Daily Goals for Medication Management of Persistent Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28, 474.
- Zuckerfeld, R. y Zonis, R. (2011). Vicisitudes traumáticas, vincularidad y desarrollos resilientes: Un modelo de investigación dimensional. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (2), 349-369. [ISSN 1988-2939]

CAPÍTULO IX

ANEXOS

Anexo I

Protocolo de evaluación psicológica de pacientes con fibromialgia

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Nombre y apellidos: _____

Nº Historia Clínica: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____

Grupo nº: _____ Fecha inicio tratamiento: _____

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

Sexo: (1) Hombre (2) Mujer

Hijos:

Residencia: (1) Urbano (2) Rural

Estado Civil: (1) Soltero (2) Casado (3) Divorciado (4) Separado (5) Viudo

Nivel Educativo:

(1) No sabe leer ni escribir

(5) F.P. de 1º Grado

(2) Estudios primarios

(6) F.P. de 2º Grado

(3) E.G.B.

(7) Titulado de Grado Medio

(4) B.U.P. Bachiller Superior

(8) Titulado de Grado Superior

Profesión:

- | | |
|---|-------------------------------|
| (1) Ama de casa | (6) Trabajador cualificado |
| (2) Profesión liberal | (7) Trabajador no cualificado |
| (3) Empresario Autónomo | (8) Estudiante |
| (4) Funcionario / empleado directivo | (9) Sin profesión |
| (5) Funcionario / empleado no directivo | |

Situación laboral:

- | | |
|----------------------|-------------------|
| (1) Activo | (5) Prejubilado |
| (2) I.L. Transitoria | (6) Jubilado |
| (3) I.L. Permanente | (7) I.L. Absoluta |
| (4) I.L. Total | (8) Paro |

Litigio: (0) No (1) Sí

Respuesta Familiar: _____

VARIABLES CLÍNICAS:

¿Ha recibido tto psiquiátrico previo? (0) No (1) Sí **¿Durante cuánto tiempo (meses)?**

¿Ha recibido tto psicológico antes? (0) No (1) Sí **¿Durante cuánto tiempo (meses)?**

En caso afirmativo, tipo: (1) Individual (2) Grupal (3) Ambas

Tratamiento farmacológico actual:

() antidepresivos () ansiolíticos () neurolépticos () estabilizadores () ninguno () otros:

() antiinflamatorios () analgésicos

Tiempo inicio del dolor en meses:

Tiempo de dx de la FM:

Desencadenantes? _____

Otros dx reumatológicos:

(0) Ninguno (1) Artritis (2) Artrosis (3) Discopatía (4) Otros (5) Dos o más

Psicopatología: (0) No (1) Sí Dx principal eje I: Dx secundario eje II:

(1) Depresión mayor (2) Distimia/depre neurótica (3) Tr. Ansioso-depresivo (4) Tr. Por crisis de angustia

(5) TAG (6) Tr. Adaptativo (7) TEPT (8) TOC (9) TCA (10) Tr. Somatomorfo (hipocondriasis...)

(11) Fobia Social (12) Dependencia / abuso sustancias (13) Tr. Bipolar (14) Intento autolítico

(15) Tr. Ansioso-depresivo secundario a enfer. (16) Distimia+depresión (17) 2 ó más

VARIABLES PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES:

Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) infancia / adolescencia: (0) No (1) Sí

Describir:

Tipo:

(0) No tiene (1) Grupo Primario (2) Ambiente Social (3) Laborales (4) Económicos
(5) Otros (6) Dx médico (7) 2 ó más

Maltrato: (0) No (1) Físico (2) Psíquico (3) Físico y psíquico

Abuso: (0) No (1) Con contacto físico (2) Sin contacto físico

AVE vida adulta: (0) No (1) Sí

Describir:

Tipo:

(0)No tiene (1)Grupo Primario (2)Ambiente Social (3)Laborales (4)Económicos
(5)Otros (6)Dx médico (7) 2 ó más

AVE año previo al inicio del dolor: (0) No (1) Sí

Describir:

Tipo:

(0)No tiene (1)Grupo Primario (2)Ambiente Social (3)Laborales (4)Económicos
(5)Otros (6)Dx médico (7) 2 ó más

AVE en la actualidad: (0) No (1) Sí

Describir:

Tipo:

(0)No tiene (1)Grupo Primario (2)Ambiente Social (3)Laborales (4)Económicos
(5)Otros (6)Dx médico (7) 2 ó más

Antecedentes familiares dolor:

- **Test de Rorschach**

Constelación de Suicidio: (0) No (1) Sí

Índice Perceptual-Cognitivo: (0) No (1) Sí

Índice de Depresión: (0) No (1) Sí

Índice de Inhabilidad Social: (0) No (1) Sí

Índice de Hipervigilancia: (0) No (1) Sí

Índice de Estilo Obsesivo:(0) No (1) Sí

- **Test de Millon**

Perfil

EVALUACIÓN PREGRUPO							
STAI-R	Pd:	cent:	recod:	(0) No	(1) Sí		
STAI-E	Pd:	cent:	recod:	(0) No	(1) Sí		
BECK	Pd:	recod:	(0)nada	(1)límite	(2)suave	(3)moderada	(4)severa (5) muy severa
			(0-9)	(10-14)	(15-20)	(21-30)	(31-40) (41-63)
	Cognitivo:						
	Somático:						
FIQ	Total:						
	FIQ 1-	FIQ 2-	FIQ 3-	FIQ 4-	FIQ 5-		
	FIQ 6-	FIQ 7-	FIQ 8-	FIQ 9-	FIQ 10-		
NOTT	Total:						
	1. Movilidad física:			4. Aislamiento social:			
	2. Dolor			5. Reacciones emocionales:			
	3. Sueño:			6. Nivel de energía:			

EVALUACIÓN POSTGRUPO 3 meses(Evaluación post tratamiento 1)							
STAI-R	Pd:	cent:	recod:	(0) No	(1) Sí		
STAI-E	Pd:	cent:	recod:	(0) No	(1) Sí		
BECK	Pd:	recod:	(0)nada	(1)límite	(2)suave	(3)moderada	(4)severa (5) muy severa
			(0-9)	(10-14)	(15-20)	(21-30)	(31-40) (41-63)
	Cognitivo:						
	Somático:						
FIQ	Total:						
	FIQ 1-	FIQ 2-	FIQ 3-	FIQ 4-	FIQ 5-		
	FIQ 6-	FIQ 7-	FIQ 8-	FIQ 9-	FIQ 10-		
NOTT	Total:						
	1. Movilidad física:			4. Aislamiento social:			
	2. Dolor			5. Reacciones emocionales:			
	3. Sueño:			6. Nivel de energía:			

Evaluación subjetiva de grupo (3 meses):

(0)Muy malo **(1)**Malo **(2)**Regular **(3)**Bueno **(4)**Muy bueno

Abandono (3 meses): **(0)** No **(1)** Sí

Motivo: **(0)**Desconocido **(1)**Rechaza tto. **(2)**Trabajo **(3)**Enfermedad o intervención quirúrgica **(4)**Problemas familiares **(5)**Otros **(6)**No localizado **(7)**Traslado residencia

EVALUACIÓN POSTGRUPO 6 meses (Evaluación post tratamiento 2)							
STAI-R	Pd:	cent:	recod:	(0) No	(1) Sí		
STAI-E	Pd:	cent:	recod:	(0) No	(1) Sí		
BECK	Pd:	recod:	(0)nada	(1)límite	(2)suave	(3)moderada	(4)severa (5) muy severa
			(0-9)	(10-14)	(15-20)	(21-30)	(31-40) (41-63)
	Cognitivo:						
	Somático:						
FIQ	Total:						
	FIQ 1-	FIQ 2-	FIQ 3-	FIQ 4-	FIQ 5-		
	FIQ 6-	FIQ 7-	FIQ 8-	FIQ 9-	FIQ 10-		
NOTT	Total:						
	1. Movilidad física:			4. Aislamiento social:			
	2. Dolor			5. Reacciones emocionales:			
	3. Sueño:			6. Nivel de energía:			

Evaluación subjetiva de grupo (6 meses):

(0)Muy malo **(1)**Malo **(2)**Regular **(3)**Bueno **(4)**Muy bueno

Abandono (6 meses): **(0)** No **(1)** Sí

Motivo: **(0)**Desconocido **(1)**Rechaza tto. **(2)**Trabajo **(3)**Enfermedad o intervención quirúrgica **(4)**Problemas familiares **(5)**Otros **(6)**No localizado **(7)**Traslado residencia

EVALUACIÓN POSTGRUPO 12 meses (Evaluación post tratamiento 3)						
STAI-R	Pd:	cent:	recod:	(0) No	(1) Sí	
STAI-E	Pd:	cent:	recod:	(0) No	(1) Sí	
BECK	Pd:	recod:	(0)nada	(1)límite	(2)suave	(3)moderada (4)severa (5) muy severa
			(0-9)	(10-14)	(15-20)	(21-30) (31-40) (41-63)
	Cognitivo:					
	Somático:					
FIQ	Total:					
	FIQ 1-	FIQ 2-	FIQ 3-	FIQ 4-	FIQ 5-	
	FIQ 6-	FIQ 7-	FIQ 8-	FIQ 9-	FIQ 10-	
NOTT	Total:					
	1. Movilidad física:			4. Aislamiento social:		
	2. Dolor			5. Reacciones emocionales:		
	3. Sueño:			6. Nivel de energía:		

Evaluación subjetiva de grupo (12 meses):

(0)Muy malo **(1)**Malo **(2)**Regular **(3)**Bueno **(4)**Muy bueno

Abandono (12 meses): **(0)** No **(1)** Sí

Motivo: **(0)**Desconocido **(1)**Rechaza tto. **(2)**Trabajo **(3)**Enfermedad o intervención quirúrgica **(4)**Problemas familiares **(5)**Otros **(6)**No localizado **(7)**Traslado

Anexo II

Cuestionarios

**Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia en la Calidad de vida.
FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ)**

FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ)

NOMBRE.

FECHA.

Para las preguntas de la 1 a la 10, por favor, rodee con un círculo el número que mejor describe lo que pudo hacer la semana pasada:

S-siempre CS-casi siempre O-ocasionalmente N-nunca

	S	CS	O	N
1-¿Fue usted capaz de hacer la compra?	0	1	2	3
2-¿Poner la lavadora y secadora?	0	1	2	3
3-¿Preparar las comidas?	0	1	2	3
4-¿Lavar platos a mano y cacharros de cocina?	0	1	2	3
5- ¿Aspirar alfombras?	0	1	2	3
6- ¿Hacer camas?	0	1	2	3
7-¿Caminar?	0	1	2	3
8-¿Visitar amigos o familiares?	0	1	2	3
10-¿Conducir un coche?	0	1	2	3
11-¿Subir/bajar escaleras?	0	1	2	3

12-De los 7 días de la semana pasada, ¿cuántos días se sintió bien?

0 1 2 3 4 5 6 7

13-¿Cuántos días de la semana pasada, faltó a su trabajo, incluyendo las tareas domésticas, a causa de la fibromialgia?

0 1 2 3 4 5 6 7

Para los siguientes items, marque el punto en la línea que mejor indique cómo se sintió a lo largo de la semana pasada.

14_ Cuando usted trabaja, ¿cuánto dolor u otros síntomas de la fibromialgia interfieren con el desempeño de su trabajo, incluyendo las tareas domésticas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin problema										Gran dificultad

15-¿Cómo de fuerte ha sido su dolor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Muy severo

16-¿Cómo ha estado de cansado/fatigado?'

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin cansancio										Muy cansado

17¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Despertar descansado										Muy cansado

18-¿Cómo ha sido su rigidez?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin rigidez										Mucha rigidez

19-¿Cuánto de ansioso ó nervioso se ha sentido?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin ansiedad										Muy ansioso

20-¿Cuánto de triste o de deprimido se ha sentido?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada deprimido										Muy deprimido

Anexo III

Descriptivos test de Rorschach

Tabla 1. Puntuación media Rorschach, grupo que inicia psicoterapia (n=179)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
R	179	14,00	34,00	17,9832	3,71978
W	179	1,00	17,00	5,6704	3,05893
D	179	2,00	22,00	9,1397	4,11459
Dd	179	,00	11,00	3,1508	2,39959
S	179	,00	8,00	1,5140	1,53739
DQ+	179	,00	22,00	4,2291	2,65593
DQo	179	,00	22,00	12,2291	4,27142
DQv	179	,00	15,00	,9385	1,49216
DQv/+	179	,00	4,00	,2961	,65902
FQX+	179	,00	1,00	,0391	,19439
FQXo	179	3,00	15,00	8,7263	2,38627
FQXu	179	,00	13,00	5,6816	2,66569
FQX-	178	,00	9,00	3,0056	1,84880
SinFQX	179	,00	5,00	,4916	,93237
MQ+	179	,00	1,00	,0112	,10541
MQo	179	,00	6,00	1,3687	1,21245
MQu	179	,00	4,00	,4358	,70317
MQ-	179	,00	4,00	,3631	,70071
Sin MQ	179	,00	1,00	,0056	,07474
S-	179	,00	3,00	,2923	,56494
M	179	,00	9,00	2,1453	1,69637
FM	179	,00	14,00	3,1620	2,11243
m	179	,00	6,00	1,4581	1,37480
FM+m	179	,00	15,00	4,6089	2,60792
FC	179	,00	8,00	1,7765	1,54894
CF	179	,00	4,00	,4749	,74441
C	179	,00	5,00	,4190	,77740
Cn	179	,00	,00	,0000	,00000
FC+CF+C+Cn	179	,00	10,00	2,6369	1,91885
SumPondC	179	,00	8,50	2,0168	1,62745
SumC'	179	,00	8,00	1,6983	1,59654
SumT	179	,00	3,00	,3240	,62354
SumV	179	,00	3,00	,3240	,59590
SumY	179	,00	9,00	3,3575	2,13468
Sum Claros	179	,00	14,00	5,7039	2,83567
Fr+rF	179	,00	3,00	,1788	,54194
FD	178	,00	9,00	1,1685	1,48618
F	179	,00	18,00	6,1899	3,37834
PAR	179	,00	13,00	5,7709	2,63470
Egocentrismo_3R+(2)/R	179	,00	,82	,3449	,14932
LAMBDA	179	,00	6,00	,6729	,67797
EA	179	,00	12,00	4,2067	2,30821
ES	179	-2,00	26,00	10,1899	4,42639

D	179	-5,00	1,00	-1,8603	1,52048
AdjD	179	-5,00	6,00	-,7877	1,32803
a (activo)	179	,00	11,00	3,7877	2,53950
p (pasivo)	179	,00	11,00	2,9832	2,01253
Ma	179	,00	7,00	1,3855	1,29477
Mp	179	,00	4,00	,7654	,99478
Intelect	179	,00	9,00	1,0123	1,59637
Zf	179	2,00	18,00	8,3520	3,11469
Zd	179	-12,00	15,00	,2716	4,12751
Múltiples	179	,00	14,00	3,8547	2,66081
Mult. Col. Claros	179	,00	4,00	,5363	,75146
Afr	179	,23	1,16	,5708	,18312
Populares	178	1,00	9,00	4,4663	1,55556
X+%	179	,20	,94	,5012	,13379
X-%	179	,00	,50	,1653	,10029
Xu%	179	,00	,57	,3056	,12076
Aislamiento	179	,00	,73	,1725	,15572
H	179	,00	6,00	1,4832	1,23945
(H)	179	,00	4,00	,6257	,83438
Hd	179	,00	7,00	,8994	1,17126
(Hd)	179	,00	3,00	,3017	,53898
Hx	179	,00	5,00	,4916	,97939
Todos contenidos H	179	,00	11,00	3,7989	2,65715
A	179	,00	16,00	6,6927	2,80058
(A)	179	,00	11,00	,2570	1,09179
Ad	179	,00	10,00	2,0726	1,60066
(Ad)	179	,00	2,00	,0391	,22141
An	179	,00	8,00	1,9609	1,85836
Art	179	,00	5,00	,5698	,96535
Ay	179	,00	3,00	,0950	,36246
Bl	179	,00	4,00	,4078	,79757
Bt	179	,00	5,00	1,0391	1,20562
Cg	179	,00	5,00	1,0503	1,14790
Cl	179	,00	3,00	,1955	,50922
Ex	179	,00	1,00	,1006	,30159
Fi	179	,00	3,00	,2793	,60908
Fd	179	,00	4,00	,3184	,60359
Ge	179	,00	5,00	,2514	,66909
Hh	179	,00	2,00	,4916	,66509
Ls	179	,00	5,00	,5251	,85669
Na	179	,00	3,00	,4413	,71945
Sc	179	,00	3,00	,7654	,89989
Sx	179	,00	4,00	,3073	,64521
Xy	179	,00	4,00	,3464	,72097
Idio	179	,00	3,00	,4804	,74457
DV	179	,00	1,00	,0168	,12873
INCOM	179	,00	4,00	,5196	,88901

DR	179	,00	7,00	,7598	1,17241
FABCOM	179	,00	5,00	,2011	,55465
DV2	179	,00	,00	,0000	,00000
INC2	179	,00	3,00	,0838	,34950
DR2	179	,00	3,00	,0615	,32085
FAB2	179	,00	1,00	,0391	,19439
ALOG	179	,00	2,00	,0447	,23275
COMTAM	179	,00	1,00	,0056	,07474
Sum 6 Cod.Esp	179	,00	10,00	1,6816	1,72368
Sum 6 Cod.Esp2	179	,00	5,00	,2570	,65419
Sum Pond 6	179	,00	33,00	5,1908	5,73772
AB	179	,00	4,00	,2011	,60317
AG	179	,00	7,00	,4078	,81843
COP	177	,00	3,00	,6102	,7155
CP	179	,00	3,00	,2458	,56680
MOR	179	,00	10,00	,9721	1,58798
Per	179	,00	6,00	,3966	,85735
PSV	179	,00	6,00	,1554	,60585
XA%	179	,00	1,00	,5863	,36739
WDA%	179	,38	5,00	,8312	,33214
GHR	179	,00	92,00	2,1566	6,89674
PHR	178	,00	8,00	1,7921	1,84316

Tabla 2. Test de Rorschach grupo FM (n=66)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
R	66	14,00	34,00	18,9848	4,02871
W	66	1,00	17,00	5,4394	3,09406
D	66	2,00	22,00	9,8030	4,41752
Dd	66	,00	9,00	3,6667	2,20023
S	66	,00	8,00	1,6970	1,84782
DQ+	66	,00	10,00	4,4697	2,32855
DQo	66	2,00	22,00	13,1364	4,27474
DQv	66	,00	15,00	1,0455	2,04136
DQv/+	66	,00	1,00	,1061	,31027
FQX+	66	,00	3,00	,1061	,43426
FQXo	66	5,00	15,00	9,1364	2,49237
FQXu	66	1,00	13,00	5,8939	2,57281
FQX-	66	,00	9,00	3,2879	1,91163
SinFQX	66	,00	4,00	,3939	,78208
MQ+	66	,00	3,00	,0455	,36927
MQo	66	,00	5,00	1,5758	1,27775
MQu	66	,00	4,00	,5909	,87666
MQ-	66	,00	2,00	,3636	,57208
Sin MQ	66	,00	1,00	,0152	,12309
S-	66	,00	3,00	,3788	,69648
M	66	,00	9,00	2,4848	1,90741
FM	66	,00	9,00	3,4394	2,14210
m	66	,00	6,00	1,4545	1,44841
FM+m	66	1,00	13,00	4,8485	2,58542
FC	66	,00	8,00	1,7727	1,67144
CF	66	,00	3,00	,5455	,80731
C	66	,00	3,00	,2879	,57553
Cn	66	,00	,00	,0000	,00000
FC+CF+C+Cn	66	,00	10,00	2,5303	1,99399
SumPondC	66	,00	6,50	1,8561	1,56835
SumC'	66	,00	6,00	1,8333	1,69691
SumT	66	,00	3,00	,4091	,70115
SumV	66	,00	5,00	,4242	,86042
SumY	66	,00	9,00	4,0303	2,26661
Sum Claros	66	1,00	14,00	6,5455	3,06434
Fr+rF	66	,00	3,00	,2086	,59122
FD	66	,00	9,00	1,3224	1,77875
F	66	,00	16,00	6,1818	3,40095
PAR	66	1,00	12,00	6,0455	2,75364
Egocentrismo_3R+(2)/R	66	,00	,76	,3398	,15276
LAMBDA	66	,00	2,00	,5636	,41710
EA	66	,00	12,00	4,3788	2,52230

ES	66	2,00	26,00	11,3636	4,67608
D	66	-5,00	9,00	-2,1212	2,07190
AdjD	66	-5,00	1,00	-,8939	1,29054
a (activo)	66	,00	11,00	3,8939	2,55481
p (pasivo)	66	,00	14,00	3,5758	2,57838
Ma	66	,00	10,00	1,6212	1,59581
Mp	66	,00	9,00	1,1212	1,48340
Intelect	66	,00	6,00	1,0606	1,60651
Zf	66	2,00	18,00	8,3485	3,34890
Zd	66	-12,00	10,00	,0076	4,29892
Múltiples	66	,00	14,00	4,3030	3,15238
Mult. Col. Claros	66	,00	4,00	,5606	,84360
Afr	66	,23	1,16	,5829	,18808
Populares	66	1,00	8,00	4,6061	1,48716
X+%	66	,25	,94	,4989	,11368
X-%	66	,00	,37	,1668	,09513
Xu%	66	,06	,56	,3097	,10936
Aislamiento	66	,00	,52	,1320	,12712
H	66	,00	6,00	1,5985	1,32787
(H)	66	,00	3,00	,6970	,78387
Hd	66	,00	5,00	1,0758	1,14099
(Hd)	66	,00	3,00	,4545	,61223
Hx	66	,00	4,00	,5455	,93120
Todos contenidos H	66	,00	10,00	4,3939	2,59514
A	66	,00	14,00	7,3636	2,78256
(A)	66	,00	7,00	,2727	,98521
Ad	66	,00	10,00	1,9848	1,75843
(Ad)	66	,00	1,00	,0455	,20990
An	66	,00	7,00	2,0455	1,81813
Art	66	,00	4,00	,6364	1,01733
Ay	66	,00	3,00	,1364	,49260
Bl	66	,00	3,00	,3939	,78208
Bt	66	,00	5,00	,7121	1,00407
Cg	66	,00	4,00	1,1818	1,25157
Cl	66	,00	3,00	,1515	,47206
Ex	66	,00	1,00	,0909	,28968
Fi	66	,00	3,00	,2273	,60244
Fd	66	,00	2,00	,2879	,51932
Ge	66	,00	3,00	,2121	,54109
Hh	66	,00	2,00	,4697	,66146
Ls	66	,00	2,00	,3485	,61999
Na	66	,00	2,00	,4848	,72838
Sc	66	,00	3,00	,9091	,97234
Sx	66	,00	4,00	,4545	,80731
Xy	66	,00	4,00	,4091	,80340
Idio	66	,00	3,00	,4091	,70115
DV	66	,00	1,00	,0152	,12309

INCOM	66	,00	4,00	,5758	,94561
DR	66	,00	4,00	,7576	1,22864
FABCOM	66	,00	1,00	,1061	,31027
DV2	66	,00	,00	,0000	,00000
INC2	66	,00	2,00	,0606	,29762
DR2	66	,00	1,00	,0455	,20990
FAB2	66	,00	1,00	,0455	,20990
ALOG	66	,00	1,00	,0152	,12309
COMTAM	66	,00	1,00	,0152	,12309
Sum 6 Cod.Esp	66	,00	6,00	1,6061	1,53802
Sum 6 Cod.Esp2	66	,00	10,00	,3030	1,27665
Sum Pond 6	66	,00	18,00	4,7879	4,57927
AB	66	,00	4,00	,2273	,69715
AG	66	,00	3,00	,3939	,67662
COP	66	,00	3,00	,6667	,79097
CP	66	,00	3,00	,3030	,65562
MOR	66	,00	5,00	,8030	1,20537
per	66	,00	5,00	,5606	1,05435
PSV	66	,00	6,00	,2273	,89090
XA%	66	,00	1,00	,5206	,39154
WDA%	66	,58	1,00	,8085	,09534
GHR	66	,00	6,00	1,7679	1,42000
PHR	66	,00	7,00	2,0606	1,74425
N válido (según lista)	66				

Tabla 3. Test de Rorschach grupo control sano (n=60).(49 sujetos tienen test de Rorschach)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
R	49	13,00	42,00	17,2245	4,51970
W	49	2,00	15,00	6,3673	3,02554
D	49	,00	23,00	8,3265	4,36075
Dd	49	,00	13,00	2,3878	2,25293
S	49	,00	4,00	1,0000	1,02062
DQ+	49	,00	16,00	4,4082	3,05449
DQo	49	,00	27,00	11,5306	4,83521
DQv	49	,00	15,00	,9592	2,27266
DQv/+	49	,00	4,00	,3265	,68883
FQX+	49	,00	9,00	,4082	1,70683
FQXo	49	,00	17,00	8,8980	3,29295
FQXu	49	1,00	15,00	5,2857	2,82105
FQX-	49	,00	6,00	1,8980	1,50340
SinFQX	49	,00	4,00	,4490	,93678
MQ+	49	,00	2,00	,1020	,36770
MQo	49	,00	7,00	1,6939	1,51663
MQu	49	,00	2,00	,2857	,57735
MQ-	49	,00	1,00	,1837	,39123
Sin MQ	49	,00	,00	,0000	,00000
S-	49	,00	2,00	,1633	,42558
M	49	,00	8,00	2,3469	1,69006
FM	49	,00	6,00	2,6327	1,62908
m	49	,00	4,00	1,1020	1,00509
FM+m	49	,00	8,00	3,7551	1,96353
FC	49	,00	6,00	1,9796	1,72590
CF	49	,00	3,00	,3061	,68325
C	49	,00	3,00	,4898	,76710
Cn	49	,00	2,00	,0408	,28571
FC+CF+C+Cn	49	,00	8,00	2,6939	2,01250
SumPondC	49	,00	7,50	1,9490	1,66847
SumC'	49	,00	4,00	1,3469	1,14657
SumT	49	,00	2,00	,2245	,46839
SumV	49	,00	5,00	,3469	,92536
SumY	49	,00	8,00	1,7347	1,63013
Sum Claros	49	,00	10,00	3,4082	2,18821
Fr+rF	49	,00	2,00	,1429	,40825
FD	49	,00	8,00	,7551	1,65240
F	49	,00	18,00	6,5714	3,41565
PAR	49	,00	16,00	5,8980	2,77072
Egocentrismo_3R+(2)/R	49	,00	6,00	,4808	,81592

LAMBDA	49	,15	4,50	,8633	,81304
EA	49	,00	15,50	4,3571	2,62202
ES	49	,00	15,00	7,3878	3,08097
D	49	-6,50	1,00	-,9694	1,40834
AdjD	49	-6,50	2,00	-,5714	1,22899
a (activo)	49	,00	9,00	4,0204	2,19364
p (pasivo)	49	,00	6,00	2,0000	1,45774
Ma	49	,00	7,00	1,6939	1,43184
Mp	49	,00	5,00	,7959	1,20726
Intelect	49	-1,00	6,00	,7959	1,29067
Zf	49	,00	16,00	8,8163	3,51588
Zd	49	-7,00	16,00	,0245	3,97757
Múltiples	49	,00	5,00	2,2337	1,46292
Mult. Col. Claros	49	,00	6,00	,4490	,98025
Afr	49	,00	1,14	,5647	,19608
Populares	49	,00	11,00	5,3673	1,86742
X+%	49	,26	,93	,5508	,13888
X-%	49	,00	,35	,1145	,08005
Xu%	49	,00	,60	,2906	,13166
Aislamiento	49	,00	,50	,1510	,13180
H	49	,00	6,00	1,8571	1,32288
(H)	49	,00	2,00	,5306	,71011
Hd	49	,00	4,00	1,1020	1,14100
(Hd)	49	,00	2,00	,2449	,56016
Hx	49	,00	4,00	,2653	,70046
Todos contenidos H	49	,00	15,00	4,2245	2,88144
A	49	1,00	11,00	6,7551	2,04665
(A)	49	,00	9,00	,3673	1,36464
Ad	49	,00	5,00	1,6122	1,15138
(Ad)	49	,00	2,00	,1224	,38905
An	49	,00	5,00	1,3878	1,33567
Art	49	,00	2,00	,4490	,67888
Ay	49	,00	2,00	,1633	,42558
Bl	49	,00	1,00	,0816	,27664
Bt	49	,00	4,00	,9592	1,04002
Cg	49	,00	5,00	1,1837	1,21918
Cl	49	,00	1,00	,1020	,30584
Ex	49	,00	2,00	,1429	,40825
Fi	49	,00	2,00	,2449	,52164
Fd	49	,00	2,00	,2041	,45550
Ge	49	,00	2,00	,1633	,42558
Hh	49	,00	2,00	,4490	,64747
Ls	49	,00	2,00	,3469	,52245
Na	49	,00	4,00	,4694	,93768
Sc	49	,00	5,00	,9796	1,26639
Sx	49	,00	4,00	,3673	,80865
Xy	49	,00	3,00	,2245	,62133

Idio	49	,00	2,00	,2653	,60469
DV	49	,00	,00	,0000	,00000
INCOM	49	,00	2,00	,4898	,68076
DR	49	,00	3,00	,2245	,58685
FABCOM	49	,00	2,00	,2245	,51093
DV2	49	,00	1,00	,0204	,14286
INC2	49	,00	2,00	,0408	,28571
DR2	49	,00	,00	,0000	,00000
FAB2	49	,00	,00	,0000	,00000
ALOG	49	,00	1,00	,0204	,14286
COMTAM	49	,00	,00	,0000	,00000
Sum 6 Cod.Esp	49	,00	4,00	1,0204	1,19878
Sum 6 Cod.Esp2	49	,00	2,00	,0408	,28571
Sum Pond 6	49	,00	14,00	2,7755	3,68706
AB	49	,00	2,00	,0612	,31677
AG	49	,00	6,00	,4490	1,00127
COP	49	,00	3,00	1,0204	,96803
CP	49	,00	1,00	,0204	,14286
MOR	49	,00	2,00	,4082	,60959
per	49	,00	2,00	,2041	,49915
PSV	49	,00	1,00	,0612	,24223
XA%	49	,57	1,00	,8545	,09330
WDA%	49	,57	1,00	,8488	,09295
GHR	49	,00	9,00	2,7143	1,69558
PHR	49	,00	4,00	1,2857	1,15470
N válido (según lista)	49				